

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Nefrológica

Relatório de estágio

**Adesão ao Tratamento da pessoa com Doença Renal
Crónica em programa de Hemodiálise**

Joana Dos Santos Afonso

Lisboa
2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Nefrológica

Relatório de estágio


**Adesão ao Tratamento da pessoa com Doença Renal
Crónica em programa de Hemodiálise**

Joana Dos Santos Afonso

Orientador: Prof. Doutor António Filipe Cristóvão

Lisboa
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“O rio atinge seus objetivos porque aprendeu
a contornar obstáculos.”

Lao Tsé

AGRADECIMENTOS

O meu especial agradecimento,

Ao meu orientador, Professor Doutor António Filipe Cristóvão, pela sua orientação, apoio, compreensão, ajuda, disponibilidade e rigor científico; que foi preponderante na realização deste relatório,

Às Enfermeiras orientadoras nos diversos campos de estágio, pela sua disponibilidade, ajuda, colaboração e partilha de conhecimentos essenciais para a atingir os objetivos propostos,

Aos meus pais e namorado pela paciência, incentivo e perseverança ao longo de todo este percurso,

Às minhas amigas pelo encorajamento e incentivo nos momentos mais difíceis,

E a todas aquelas pessoas que de alguma forma me ajudaram ao longo de todo este caminho.

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AV – Acesso Vascular

AVD - Atividade de Vida Diária

CEC- Circuito extracorporeal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

CVCLD - Cateter Venoso Central de longa duração

DGS – Direção Geral de Saúde

dl – decilitro

DM – Diabetes Mellitus

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Contínua Automatizada

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

EDTNA/ERCA- *European Dialysis and Transplantation Nurses Association/European Renal Care Association*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAV – Fistula Arteriovenosa

GID – Gestão Integrada da Doença

GPI- Ganho de Peso Interdialítico

HCV – Vírus da Hepatite C

HD – Hemodiálise

HIV – Vírus Imunodeficiência Humana

HDF – Hemodiafiltração

HTA – Hipertensão Arterial

HVB – Vírus da Hepatite B

ICN - Conselho Internacional de Enfermagem

K/DOQI – *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*

Kg – Kilogramas

L – litro

mEq – Miliequivalente

mg - miligrama

min - minuto

ml – mililitro

NKF - *National Kidney Foundation*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OS – Orifício de Saída

PET – Teste de Equilíbrio Peritoneal

PTFE – Prótese arteriovenosa de Politetrafluoretileno

RAAQ - *Renal Adherence Attitudes Questionnaire*

RABQ - *Renal Adherence Behaviour Questionnaire*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SR – Síndrome de Roubo

TDAC – Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado

TFR - Taxa de Filtração Glomerular

TSFR – Terapêutica Substitutiva da Função Renal

TR – Transplante Renal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UF – Ultrafiltração

UDP – Unidade de Diálise Peritoneal

RESUMO

O presente relatório, foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área específica de Enfermagem Nefrológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No relatório é refletido todo o caminho percorrido e vivenciado ao longo dos campos de estágio, nas diferentes áreas de intervenção nefrológica, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e de mestre em enfermagem, e do estudo intitulado Adesão ao Tratamento da pessoa com Doença Renal Crónica em programa de Hemodiálise.

A Doença Renal Crónica (DRC) é considerada um problema de saúde pública a nível mundial. O seu diagnóstico implica inúmeras mudanças e readaptações a nível pessoal, social e familiar. O culminar no estadio V, implica uma Terapia de Substituição da Função Renal para manutenção de vida, sendo a hemodiálise (HD) a mais comum. A boa adesão ao tratamento implica no indivíduo adaptação à medicação, à dieta, o controlo da ingestão hídrica e a assiduidade às sessões de diálise, ajudando a reduzir o risco de complicações intradialíticas, e mantendo o bem-estar físico, social e psicológico, e reduzindo o risco de mortalidade e morbilidades (Maldaner et al, 2008).

Com a finalidade de perceber em que medida a pessoa com DRC em programa de HD consegue aderir ao tratamento recomendado, desenvolveu-se um estudo quantitativo, de tipo descritivo e correlacional. A uma amostra de 60 sujeitos aplicou-se um questionário com três partes: caracterização da amostra; dados do processo clínico; e as escalas *Renal Adherence Behaviour Questionnaire* e a *Renal Adherence Attitudes Questionnaire*. A análise dos dados foi processada através do programa SPSS for Windows®.

Os resultados do estudo mostram que a maioria dos sujeitos revela uma boa adesão ao tratamento. Os melhores comportamentos de adesão estavam correlacionados com os níveis séricos mais baixos de potássio e sódio e a mais altos de fósforo. Os indivíduos com idade mais avançada revelam uma atitude mais favorável às restrições sociais; e com o aumento do tempo em HD tinham uma atitude menos favorável relativa ao bem-estar, autocuidado, suporte familiar e aceitação. Os homens mostraram melhores comportamentos de adesão ao autocuidado do que as mulheres, sendo que estas que revelaram mais comportamentos de adesão em

momentos difíceis. O nível de adesão era maior quando era o cônjuge a preparar as refeições. Os diabéticos revelaram melhor adesão quanto à ingestão de líquidos e uma atitude mais favorável relativa ao bem-estar.

Considerando como referencial teórico, Dorothea Orem (1980) e a sua Teoria do Défice de Autocuidado, que assume que qualquer indivíduo tem aptidão para se autocuidar e o papel do enfermeiro na capacitação do indivíduo como agente de autocuidado, os resultados ajudam numa melhor compreensão do fenómeno da adesão ao regime terapêutico e apontam para a necessidade de os enfermeiros desenvolverem intervenções que favorecem a adesão ao tratamento nos indivíduos com DRC em HD.

Palavras-chave: Doença Renal Crónica, Autocuidado, Adesão ao Tratamento, Hemodiálise, Enfermagem em Nefrologia

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the 7th Course of Master of Medical-surgical Nursing, in the specific area of Nephrology Nursing, held by the *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. This report reflects my experience in different training areas, in order to develop nursing specialist and nursing nephrology skills and a master's degree in nursing, when we conducted a research entitled, Adherence to Treatment of the person with Chronic Kidney Disease in a Hemodialysis Program.

Chronic Kidney Disease (CKD) is considered a public health problem worldwide. Their diagnosis implies changes and adaptations on a personal, social and family level. The chronic renal failure stage V, implies Renal Function Replacement Therapy for life maintenance, with hemodialysis (HD) being the most common therapy. Good adherence to treatment implies in the individual adaptation to medication, to diet, control of water intake and attendance to dialysis sessions, helping to reduce the risk of intradialytic complications, and maintaining physical, social and psychological well-being, and reducing risk of mortality and morbidity (Maldaner et al., 2008).

In order to understand the extent to which the CKD patient under HD adhere to the recommended treatment, a quantitative, descriptive and correlational study was developed. A sample of 60 subjects was applied a questionnaire with three parts: sample characterization; clinical process data; *Renal Adherence Behavior Questionnaire* and the *Renal Adherence Attitudes Questionnaire* scales. The analysis of the data was processed through the SPSS for Windows® software.

The results of the study show that most subjects have a good adherence to treatment. Best adherence behaviors were correlated with the lowest serum potassium and sodium levels and the highest phosphorus levels. Older individuals show a more favourable attitude to social constraints; and patients with more time in HD have a less favourable attitude towards well-being, self-care, family support and acceptance. It also reveals that men have better self-care adherence behaviours than women, but women reveal more compliance behaviours in difficult moments. The level of adherence is greatest when the spouse prepares meals. Diabetics showed better adherence to fluid intake and a more favourable attitude toward well-being.

Considering as a theoretical reference, Dorothea Orem (1980) and the Self-Care Deficit Theory, which assumes that any individual has the ability to self-care and the role of the nurse in the individual's empowerment as a self-care agent, the results help in a better understanding of the adherence to the therapeutic regimen and point the need for nurses to develop interventions that favor adherence to treatment in individuals with CKD under HD.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Self-Care, Treatment Adherence, Hemodialysis, Nephrology Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. QUADRO CONCEPTUAL.....	18
1.1. O modelo de desenvolvimento de competências de Benner	18
1.2. Competências de Enfermeiro Especialista	19
1.3. A Doença Renal Crónica	21
1.3.1. O conceito, classificação e evolução da doença renal crónica	21
1.3.2. O tratamento em programa regular de hemodiálise	24
1.3.3. A adesão ao tratamento da pessoa ao programa regular de hemodiálise ...	26
1.4. Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.....	29
2. COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	32
2.1. Unidade de Hemodiálise Hospitalar	33
2.2. Unidade de Diálise Peritoneal	40
2.3. Unidade de Hemodiálise – Centro satélite de HD	45
3. ESTUDO SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO DA PESSOA COM DRC EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE.....	52
3.1. Contextualização do estudo	52
3.1.1. Questão de investigação e objetivos do estudo	53
3.2. Metodologia	53
3.2.1. Tipo de estudo	53
3.2.2. População e Amostra	53
3.2.3. O instrumento de recolha de dados	53
3.2.4. Tratamento estatístico.....	54
3.2.5. Considerações éticas	55
3.3. Apresentação e discussão de resultados	55
3.4. Conclusões do estudo	70
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS.....	82
ANEXO 1 -Avaliação do estágio na Unidade de Hemodiálise hospitalar	83
ANEXO 2 - Avaliação do estágio na Unidade de Diálise Peritoneal.....	86
ANEXO 3 - Avaliação do estágio na Unidade de Hemodiálise - Centro satélite de HD	89
ANEXO 4 - Escala RABQ versão original (adaptada à população brasileira)	92
ANEXO 5 - Escala RAAQ versão original (adaptada à população brasileira)	95
APÊNDICES	98
APÊNDICE 1 - Cronograma do Estágio	99
APÊNDICE 2 - Competências e atividades a desenvolver em estágio	101
APÊNDICE 3 - Estudo de Caso.....	108
APÊNDICE 4 - Plano de sessão: “Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com DRC com CVC de HD	125
APÊNDICE 5 - Instrumento de Colheita de Dados final – Questionário	129
APÊNDICE 6 - Consentimento Informado	136

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos sujeitos por escalões etários.....	55
Gráfico 2. Distribuição dos sujeitos por composição do agregado familiar.....	56
Gráfico 3. Distribuição dos sujeitos por tempo de tratamento em HD.....	56
Gráfico 4. Distribuição dos sujeitos pelo GPI em Kg	57
Gráfico 5. Distribuição dos sujeitos pelo PGI em percentagem do peso seco....	58
Gráfico 6. Distribuição dos sujeitos pelo nível de potássio sérico pé-HD.....	59
Gráfico 7. Distribuição dos sujeitos pelo nível de fósforo sérico pé-HD.....	59
Gráfico 8. Distribuição dos sujeitos pela eficácia da diálise.....	60

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Medidas descritivas das dimensões da escala RABQ.....	61
Quadro 2. Correlações entre variáveis de caracterização da amostra e a escala RABQ.....	63
Quadro 3. Medidas descritivas das dimensões da escala RAAQ.....	64
Quadro 4. Correlações entre variáveis de caracterização da amostra e a escala RAAQ.....	65
Quadro 5. Correlações entre escala RABQ e a escala RAAQ	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição do género por comportamentos de adesão ao autocuidado (RABQ).....	67
Figura 2. Distribuição do género por comportamentos de adesão em momentos difíceis (RABQ).....	67
Figura 3. Distribuição de variável quem prepara as refeições por comportamentos de adesão ao autocuidado (RABQ).....	68
Figura 4. Distribuição de variável ser diabético por comportamento de adesão à restrição de líquidos (RABQ).....	69
Figura 5. Distribuição de variável ser diabético por comportamento de adesão à restrição de líquidos (RABQ).....	69

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, inserida no 7º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção de Enfermagem Nefrológica, que culmina após discussão pública no grau académico de Mestre.

Visando a finalização deste processo de aprendizagem, com vista ao desenvolvimento de competências que permitam cuidar o indivíduo com alteração da eliminação renal e respetiva família num contexto de cronicidade em ambiente intra e extra-hospitalar, é desenvolvido este relatório.

Os objetivos a atingir com o relatório, prendem-se com:

- a) Mostrar as competências de enfermeiro especialista que foram desenvolvidas nos diversos campos de estágio;
- b) Relatar as atividades coincidentes com a aquisição de competências de enfermeira especialista definidas;
- c) Analisar as intervenções de enfermagem, baseada na pesquisa bibliográfica;
- d) Apresentar o estudo de investigação que foi desenvolvido no âmbito da aquisição da competência de investigação em enfermagem.

A Ordem de Enfermeiros (OE, 2010) preconiza para o enfermeiro Especialista um conjunto de competências comuns a todos os especialistas e, as específicas que serão as que decorrem da área da especialidade, que serão abordadas no capítulo do quadro concetual. Relativamente às competências específicas a desenvolver na área específica da nefrologia, uma vez que a OE não a reconhece como especialidade autónoma, as mesmas foram desenvolvidas seguindo as competências definidas pela *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA, 2007).

A Doença Renal Crónica (DRC) apresenta-se como um problema de saúde pública a nível mundial (Coelho, 2015). Não sendo exceção, em Portugal assiste-se a um aumento nos últimos anos de taxa de incidência e prevalência da Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) (Coelho et al, 2014; Macário, 2017).

O diagnóstico de doença crónica, traz consigo um elevado peso na vida do indivíduo e da sua família implicando diversas alterações e adaptações na sua vida.

A DRCT de todas essas alterações, acresce a necessidade de realização de uma TSFR como uma questão de vida ou morte.

A Hemodiálise (HD), como uma das TSFR disponíveis, apresenta-se em Portugal, como a mais frequente entre os indivíduos com DRCT, como representam os dados apontados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia dos últimos anos (Macário, 2013, 2016, 2017).

A adesão a esta TSFR, não é um processo simples, acarretando diversos fatores envolvidos que agem de forma interligada (Maldaner et al 2008). Identificar e entender os diversos fatores associados à adesão ao tratamento irão ajudar na adaptação e consequente sucesso do tratamento, daí o especial enfoque e atenção ao papel de enfermagem nesta temática. O enfermeiro, como profissional de saúde que passa mais tempo e com maior proximidade na prestação de cuidados ao indivíduo com DRC em programa de HD, é o elemento privilegiado a intervir nesta área.

A investigação nesta área da enfermagem, pode contribuir para criar formas e meios que avaliem a adesão do indivíduos com DCR em HD, ajudar a identificar fatores que levam à não-adesão e, otimizar a sua intervenção na prática. Desta forma, atua-se na promoção da educação à saúde (Maldaner et al., 2008) ajudando a uma melhor adaptação com consequente sucesso ao tratamento e diminuição das comorbilidades, predispondo uma prática clínica especializada.

Neste seguimento, surge o tema de estudo de investigação Adesão ao Tratamento da pessoa com DRC em programa de HD.

Os objetivos e atividades propostos a atingir ao longo dos campos de estágio apresentam-se discriminados em apêndice (Apêndice 2).

O presente relatório apresenta-se assim organizado por capítulos da seguinte forma: no primeiro irei abordar o quadro concetual, onde serão definidas linhas de orientação para o projeto e, para o estudo de investigação, relativo às competências gerais e específicas, temática do estudo e perspetiva da teórica de enfermagem desenvolvida no projeto. No segundo capítulo, apresentam-se as competências e atividades desenvolvidas nos diferentes campos de estágio. No terceiro capítulo, aborda-se o estudo de investigação, contextualizando o problema do estudo, definindo a questão e objetivos do estudo, a metodologia a utilizar, a apresentação e discussão de resultados e, por fim, apresentam-se as conclusões do estudo. No último capítulo,

apresenta-se as considerações finais decorrentes da realização do estágio e do estudo.

A estrutura e formatação deste relatório foram efetuadas em concordância com as normas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para a apresentação de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações – norma APA.

1. QUADRO CONCEPTUAL

O presente capítulo aborda os conceitos que sustentam todo o relatório. Primeiramente remete para as competências do enfermeiro especialista, depois procede à descrição da Doença Renal Crónica (DRC), relativamente ao conceito, à sua evolução, à Hemodiálise (HD) como modalidade de tratamento substitutivo da função renal (TSFR) e à adesão ao tratamento do indivíduo com DRC em HD. Caracteriza-se ainda a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado (TDAC), de Dorothea Orem.

1.1. O modelo de desenvolvimento de competências de Benner

O processo de desenvolvimento de competências, é visto como um processo dinâmico, contínuo e complexo. Desta forma é importante elucidar algumas definições presentes e inerentes no caminho da aquisição das mesmas e sob as quais é regulado o nosso exercício profissional.

Benner (2001), definiu com o seu Modelo de Desenvolvimento de Competências que competência é algo que se desenvolve ao longo da vida de uma forma crescente a nível do contexto profissional e, explicitou as competências em sete domínios, os quais organizou em 5 estádios. No estágio 1 ou de *iniciado* a pessoa não possui nenhuma experiência e necessita de ensino para adquirir experiência. Segue-se o estágio 2 ou de *iniciado avançado* que já houve experiências de situações reais conseguindo relacionar situações. No entanto, precisa de ser orientado. No estágio 3, ou de *competente* a pessoa já está ciente das suas vivências com fim de obter determinados objetivos. No estágio 4 ou de *proficiente* a pessoa já tem perceção das situações na globalidade e a aprendizagem faz-se pela experiência de gestão das mesmas. Finalmente no estágio 5 ou de *perito*, o indivíduo possui uma vasta experiência, compreende de forma empírica cada situação e tem a capacidade de apreender o problema de maneira direta, com soluções bem determinadas e específicas.

Remetendo para a minha experiência profissional, encontro-me no estágio 4 ou de *proficiente* na vertente de internamento de nefrologia, onde desempenhei funções durante dez anos. Nas outras áreas, como hemodiálise e diálise peritoneal, encontrava-me inicialmente no estágio 1 ou de *iniciado*.

1.2. Competências de Enfermeiro Especialista

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) descrito no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, e posteriormente alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, define o enfermeiro especialista como:

enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (OE, 2015, p.99).

Apoiando esta definição, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), define enfermeiro Especialista como aquele que detém:

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (OE, 2010, p.2)

Todos os enfermeiros, independentemente da área de intervenção ou especialidade, partilham um conjunto de competências comuns que são:

competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. (OE, 2010, p.2)

Porém existem outras competências denominados específicas que:

são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção o definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (OE, 2010, p.2)

Os quatro domínios de competências comuns aos enfermeiros especialistas definidos pela OE (2010) são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Acrescento para a aquisição de grau de Mestre em enfermagem, o domínio da investigação. Como a área específica da nefrologia não se encontra reconhecida pela OE como uma especialidade autónoma, as competências específicas a desenvolver em estágio, basearam-se nas competências preconizadas para o enfermeiro de nefrologia, pela *European Dialysis and Transplantation Nurses*

Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA, 2000). Esta define-as de acordo com o modelo de *Dreyfus* que *Patrícia Benner* adotou para a enfermagem. Para a EDTNA/ERCA (2000) o enfermeiro de nefrologia apresenta-se como um profissional que detém conhecimento e habilidades suficientes para a prestação de cuidados de saúde em pessoas com insuficiência renal em qualquer fase do seu processo terapêutico, bem como da família e comunidade.

Assim, as competências comuns a desenvolver no estágio, foram:

1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:
 - 1.1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
 - 1.1. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:
 - 2.1. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade existentes;
3. Competências do domínio da gestão dos cuidados:
 - 3.1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
 - 3.2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais:
 - 4.1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
 - 4.2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Como competências específicas técnicas, segundo a EDTNA/ERCA (2007), propus-me alcançar as seguintes, por área de intervenção:

1. Hemodiálise:
 - a) Trabalhar com clientes assegurando os cuidados durante as sessões de HD;
 - b) Apoiar o cliente em HD acerca do tratamento, identificando e avaliando junto as suas expectativas, medos, capacidade adaptativa, necessidades de aprendizagem;
 - c) Obter acesso imediato para a HD através da inserção de um Cateter Venoso Central (CVC);
 - d) Monitorizar, analisar e rever o tratamento dialítico;

2. Diálise peritoneal:

- a) Prestar cuidados personalizados ao cliente em programa de diálise peritoneal (DP);
- b) Administrar terapêutica na DP;
- c) Preparar o cliente para iniciar a técnica da DP, iniciar e monitorizar;
- d) Promover educação do doente em DP.

1.3. A Doença Renal Crónica

Este subcapítulo descreve o conceito de doença renal crónica, sua evolução, métodos de tratamento e adesão ao regime terapêutico.

1.3.1. O conceito, classificação e evolução da doença renal crónica

Os rins asseguram três funções principais: excretora, reguladora e metabólica. Têm a responsabilidade de excretar os produtos metabólicos, como ureia e creatinina. Além disso, são responsáveis por regular o volume de água do corpo, osmolaridade dos fluidos corporais, o equilíbrio eletrolítico e ácido-base e regular a tensão arterial. A nível metabólico, ativam a vitamina D e produzem a enzima renina e a hormona eritropoietina. (Thomas, 2005). Com a perda destas funções, surge a denominada Doença Renal Crónica (DRC), que consiste na perda irreversível da função dos rins, classificada como lenta e progressiva, em que os rins perdem gradualmente toda a capacidade excretora e reguladora do metabolismo, caracterizada pela destruição maciça de nefrónios, deixando de ter capacidade de executar a sua função (Fresenius Medical Care, 2011; Garcia, 2008; N. Thomas, 2005).

A DRC, é considerada um importante problema de saúde pública em todo o mundo, sendo definida pela *National Kidney Foundation* (NKF, 2002) de acordo com dois critérios: a) a presença de alterações estruturais ou anormalidades funcionais a nível renal por um período igual ou superior a 3 meses com ou sem diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG); b) e uma TFG inferior a 60mL/min/1.73m² por período superior a 3 meses, com ou sem dano renal.

Assim, o conceito de DRC aparece ligado a modificações estruturais ou funcionais dos rins com uma duração superior a 3 meses. De acordo com o grau de afeção renal, as manifestações clínicas da doença podem ser mais ou menos

sintomáticas. A *NKF* (2002) e a *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) assumem 5 estádios de doença renal, de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG):

- Estadio 1: alterações urinárias assintomáticas com $\text{TFG} \geq 90 \text{ ml/min/1.73m}^2$, não existindo ainda alterações clínicas nem laboratoriais, dado que os nefrónios são, conseguem compensar a perda dos outros nefrónios;
- Estadio 2: DRC ligeira, com uma TFG entre os 60 e 89 ml/min/1.73m^2 . Embora ainda assintomática, já existe uma lesão renal;
- Estadio 3: DRC moderada, com uma TFG entre os 30 e 59 ml/min/1.73m^2 . Há um aumento dos valores séricos da ureia e da creatinina e o aparecimento de poliúria, pela falta de capacidade do rim em concentrar a urina. Nesta fase, pode aparecer também anemia, ainda discreta;
- Estadio 4: DRC grave, com uma TFG entre os 15 e os 29 ml/min/1.73m^2 . Os sintomas são de intensidade variável, relacionados com a retenção azotada, com náuseas e vômitos. A anemia é mais frequente. A redução do cálcio deve-se à alteração do metabolismo da vitamina D e há também um aumento dos valores de fósforo sérico;
- Estadio 5: DRC Terminal, com $\text{TFG} < 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$. A sintomatologia é exacerbada com oligúria e alterações bioquímicas acentuadas. Há indicação para TSFR, como tratamento de manutenção de vida.

A etiologia da DRC está associada sobretudo a 3 grupos principais: a diabetes *mellitus* (DM) do tipo 1 e 2; as doenças renais não diabéticas que levam à falência renal e à necessidade de TSFR, como a hipertensão arterial (HTA), a doença isquémica renal arteriosclerótica, as doenças do foro glomerular e túbulo intersticiais (como infeções do trato urinário, cálculos com obstrução crónica das vias urinárias e toxicidade medicamentosa) e à doença poliquística renal do adulto. O terceiro grupo, inclui as doenças ligadas ao transplante renal (como a reincidência da doença renal inicial). No entanto, como fatores de risco acrescido, encontram-se também os antecedentes familiares, a idade avançada, grupos étnicos e raciais, e a presença simultânea da DM e HTA no mesmo indivíduo. A junção destas duas principais causas, pode contribuir para o aumento do risco de desenvolvimento de DRC, a que se tem assistido cada vez mais nos últimos anos, especialmente em Portugal (GID, 2014;

Thomas, 2005). Quanto à incidência e prevalência das causas da DRC, a DM mantém-se como a primeira causa de DRCT nos indivíduos, seguida da HTA no ano de 2016 (Macário, 2017).

Embora a presença de HTA possa potenciar o aparecimento da DRC, a HTA também pode constituir a causa e uma complicação da DRC (Thomas, 2005), tal como a DM complica a nefropatia e vice-versa (Thomas, 2004).

Neste sentido, adquire enorme importância o estudo precoce dos fatores de risco do indivíduo, bem como a deteção precoce da DRC, de forma a tratar precocemente, e minimizar e retardar a progressão da doença e as suas complicações (NKF, 2002).

Embora a DRC geralmente evolua de forma silenciosa, sem sinais e sintomas significativos, à medida que a função renal diminui, estes vão-se exacerbando, acompanhando a redução da TFG (Roso et al., 2013). Outros fatores podem acelerar a progressão da DRC como a hipertensão e hipertrofia intraglomerular, a acidose metabólica e a existência de comorbilidades (Riella & Martins, 2013).

De acordo com *National Kidney Foundation* (NKF; 2002) as complicações mais significativas e que tendem a aparecer e agravar com o avançar da DRC, com redução da TFG, são: a anemia, a HTA, a má nutrição (associada a estados de anorexia), a osteodistrofia, os distúrbios do metabolismo do cálcio e do fósforo, a neuropatia e a diminuição do bem-estar geral.

Caraterizada então pela sua progressão heterogénea, a DRC nem sempre progride de forma inevitável para o estadio 5, ou DRCT (GID, 2014). No entanto, quando atinge este estágio, o rim apresenta uma TFG $<15\text{ml/min/1.73m}^2$ situação incompatível com a manutenção de vida. Surgem sinais e sintomas exacerbados em diversos órgãos, denominado de “síndrome Urémico”. O tratamento nesta fase passa pelo início de uma modalidade de TSFR (Fresenius Medical Care, 2011).

As TSFR incluem a HD, a DP e, o transplante renal (TR). Como opção do cliente, existe também a escolha pelo tratamento conservador.

Portugal, tal como a maioria dos países da Europa, destaca-se como o país da Europa que apresenta a maior taxa de incidência e prevalência da DRCT (Coelho et al, 2014). Dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), mostram que em Portugal e no fim de 2016, havia 19700 doentes em TSFR, um aumento em relação a

2015, e que a incidência também aumentou em 4,08% relativamente a 2015 (Macário, 2017).

De acordo com o mesmo relatório, em 2016 a incidência de indivíduos com DRCT a realizar TSFR foi de 2406 indivíduos. Desses indivíduos a incidência em HD foi de 90,02%, (2166 doentes), seguida pela DP com cerca de 8,94% (215) e por último o TR com 1,04% (25). Quanto à prevalência, a HD apresenta-se também como a TSFR com maior prevalência em 2016, seguida do TR e da DP (Macário, 2017).

1.3.2. O tratamento em programa regular de hemodiálise

De acordo com Fresenius Medical Care, (2010), a HD constitui a TSFR mais frequente a nível mundial. A prevalência dos doentes em HD em Portugal em 2016 (11738 indivíduos) representa 59,68% de pessoas em TSFR e mantém a tendência crescente dos últimos anos. Isso traduz um aumento de 29,9% de indivíduos em programa de HD, entre 1997 e 2016 (Macário, 2017).

A HD, é uma TSFR que pode ser usada de uma forma provisória ou transitória em indivíduos com uma lesão renal aguda até recuperarem a função renal, ou de forma permanente ou longo prazo em indivíduos com DRCT. O tratamento dura cerca de quatro horas por sessão, feito três vezes por semana, no caso da pessoa com DRCT em programa regular de HD (Castro et al., 2013).

A HD é um procedimento extracorporeal de remoção de produtos do metabolismo do sangue num indivíduo com DRCT, através de uma membrana semipermeável localizada num filtro ou dialisador. O tratamento exige um acesso vascular e um circuito de extracorporeal (CEC) para levar o sangue ao filtro e devolvê-lo ao cliente. Ou seja, permite remover os produtos tóxicos do organismo bem como o excesso de água, através de uma membrana semipermeável, em que os solutos de elevado peso molecular como as proteínas não são excretadas (Thomas, 2005). Este processo, dá-se através de dois princípios físicos diferentes em que os solutos atravessam os poros da membrana, a difusão e a ultrafiltração. Na difusão, as moléculas passam de uma região de elevada concentração de solutos para outra com baixa concentração dos mesmos, até se equiparem. Na ultrafiltração há uma passagem forçada da água pela membrana, pela ação de uma força osmótica ou hidrostática (Fresenius Medical Care, 2011).

Com o aperfeiçoamento tecnológico a HD tornou-se mais biocompatível e tem melhorado a qualidade de vida dos doentes. A Hemodiafiltração (HDF) é hoje uma modalidade de elevada eficácia dialítica, capaz de depurar moléculas de medio peso molecular, antes retidas do organismo. A HDF tem demonstrado nos últimos anos maiores vantagens em relação à HD convencional e é cada vez mais usada em Portugal (Macário, 2017). Para além dos mecanismos difusão e ultrafiltração, a HDF utiliza também o princípio físico da convecção, que consiste na remoção de água em grande quantidade, implicando a remoção de solutos com baixo peso molecular e concomitantemente a infusão de uma solução de reposição no indivíduo. (Fresenius Medical Care, 2010). Segundo Ferreira (2003), a HDF é um dos métodos de tratamento dialítico, tal como a HD alto fluxo associado a uma menor mortalidade, menor desnutrição e diminuição da inflamação crónica, redução da amiloidose da diálise; diminuição da remodelação óssea e da osteoporose, melhoria do perfil lipídico e menor consumo de eritropoietina humana recombinante.

As várias modalidades de hemodiálise têm como objetivo “recompôr” o ambiente dos fluidos a nível intra e extracelular e atingir a homeostasia dos solutos. Para isso, é importante contar com um acesso vascular (AV) funcional e que permita um elevado débito sanguíneo. Só assim se consegue extrair e reinfundir uma enorme quantidade de sangue. O AV é um dos fatores que muito contribui para a eficácia da diálise (Fresenius Medical Care, 2011). Um acesso disfuncional segundo *Butterley & Schwab* (1996) cit por Thomas (2005) pode originar um efeito adverso na adequação da diálise e consequentemente provocar aumento da mortalidade e morbilidade do indivíduo.

Os acessos vasculares para HD podem ser classificados de acordo com o tempo de permanência dos mesmos. Segundo a Fresenius Medical Care (2010) há dois tipos: o acesso vascular temporário e o permanente ou de longa duração. Entre os primeiros temos o cateter provisório para HD, que como o próprio nome sugere, é usado em situações agudas em que é urgente realizar a diálise. Entre os acessos vasculares permanentes ou de longa duração temos: o Cateter Venoso Central de Longa Duração (CVCLD), a Fistula Arteriovenosa (FAV) e a prótese arteriovenosa de Politetrafluoretileno (PTFE). A sua colocação (no caso do CVCLD) ou construção (FAV e PTFE) é normalmente programada, quando se prevê a entrada do cliente em programa regular de HD.

Para os indivíduos com DRCT em HD, a FAV assume-se como o tipo de acesso mais indicado, pela evidência de melhores taxas de fluxo, de menos complicações e, a longo prazo, por permanecer mais tempos desobstruída do que os outros AV (Thomas, 2005).

A HD, como qualquer uma das outras modalidades de TSFR, também tem associadas algumas complicações, embora sejam cada vez menos frequentes, pela correta prescrição do tratamento e monitorização constante do tratamento (Thomas, 2005). Para a Fresenius Medical Care (2010), as complicações mais frequentes durante a sessão de HD, são por ordem decrescente: a hipotensão arterial, as câibras, as náuseas e vômitos, as cefaleias, a hipertermia, a reação pirogénica, o prurido e a hipertensão arterial.

Como qualquer doença crónica, a DRCT acarreta inúmeras mudanças a nível pessoal, social e familiar para o indivíduo a quem é diagnosticado esta doença. As mudanças decorrem tanto da doença como do tratamento que lhe permite sobreviver.

A HD como uma das TSFR disponíveis no estadio terminal da DRC, implica no indivíduo uma adesão à medicação, à dieta, o controlo da ingestão hídrica e a assiduidade às sessões de diálise, ou seja, uma boa adesão ao tratamento (Machado et al, 2015).

A não adesão ao tratamento pode ser a causa do insucesso das propostas terapêuticas, aumentando o risco de morbilidade e de mortalidade. E de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), devem ser desenvolvidos pelos profissionais de saúde, meios para avaliar a adesão e os fatores associados, com vista à otimização da intervenção terapêutica e redução do risco de comorbilidades (Machado et al., 2015).

1.3.3. A adesão ao tratamento da pessoa ao programa regular de hemodiálise

A adesão ao programa regular de HD pela pessoa com DRC, traz várias vantagens, nomeadamente o menor risco de complicações intradialíticas, manter o bem-estar físico, social e psicológico, e reduzir risco de mortalidade e morbilidades (Maldaner et al, 2008; Garzoni, Nolte & Geest, 2007).

A Adesão é definida pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2006), na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como uma “ação

auto iniciada” pelo indivíduo para promover o bem-estar; recuperação e reabilitação; cumprindo as orientações sem desvios e empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Ou seja, o indivíduo cumpre o regime de tratamento, toma a medicação conforme prescrito, muda o seu comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. Frequentemente a adesão está associada ao apoio da família e de pessoas significativas, ao conhecimento sobre os medicamentos e o processo de doença, à motivação do cliente e à relação entre o profissional de saúde e o cliente (ICN, 2006).

A OMS, cit. por Gusmão & Mion-Jr (2006) enfatiza a definição de adesão ao considerar um fenómeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores responsáveis pela boa adesão: fatores relacionados com o indivíduo, fatores socioeconómicos, fatores relacionados com o tratamento, relacionados com a doença e o sistema e a equipa de saúde. Todos eles, influenciam o comportamento e a capacidade do indivíduo aderir ao tratamento.

Assim, a forma como cada pessoa adere ao tratamento está relacionada com fatores comportamentais. Ou seja, como percebe a sua doença e desenvolve estratégias para enfrentar esses contratempos ou adversidades que surjam e fatores de ordem externa, como problemas de vida, ou relativos à rede e ao suporte social. (Maldaner, et al., 2008; Borba, 2015).

A DRC, como qualquer doença crónica, acarreta inevitavelmente inúmeras mudanças, cedências e adaptações na vida do indivíduo, nomeadamente a nível psicológico, familiar e social. A forma como cada pessoa vivencia e se adapta a este processo é um fator preponderante na evolução da doença (Oliveira et al., 2009). Como doença com uma evolução progressiva e lenta sem perspetiva de melhora, a DRC culmina no estágio V ou Terminal, que exige uma nova adaptação, desta vez a uma TSFR, como HD (Maldaner et al., 2008).

A adaptação do indivíduo com DRCT à HD, e a adesão ao respetivo tratamento é um processo complexo e dicotómico, porque embora, de acordo com Machado (2013), seja benéfico, prolongue a vida do indivíduo, alivie o sofrimento, previna algumas incapacidades e favoreça melhoras a nível físico, também traz um sentimento negativo. Ou seja, incute a sensação de depender uma máquina para sobreviver e de necessitar da diálise pelo resto da sua vida. Todo este processo gera

stress ao indivíduo com DRC, como alterações metabólicas e endócrinas, alterações na percepção da sua autoimagem e mudanças no estilo de vida, que poderão assumir-se como obstáculos na adesão ao tratamento da hemodiálise (Madeiro et al, 2010).

Assim, para Machado (2013) cit. Martins (2008), as razões para a falta de adesão do indivíduo ao tratamento em HD são de três ordens principais: a psicológica, a sociodemográfica e a clínica, sendo que a adesão às restrições dietéticas constitui um dos fatores mais relevantes para o sucesso do tratamento, enquanto a não adesão pode contribuir para o aumento de morbilidade e mortalidade. White (2004) refere estudos em que foram percebidas, através de entrevistas aos indivíduos, algumas situações que podem constituir uma barreira à adesão ao tratamento em HD, como: o transporte; os conflitos entre o cliente e equipa de saúde ou outros indivíduos a realizar HD; as obrigações familiares; as relações pessoais problemáticas; a perda de rendimentos; a doença na família; a dificuldade em assumir papéis sociais; os horários da sessão de HD em conflitos com horários familiares; o intenso desejo de fumar ou comer; e a relativa imobilidade durante a sessão de HD.

A adesão do indivíduo ao tratamento de HD é avaliada segundo uma variedade de indicadores ou métodos, embora nenhum deles seja plenamente aceite por todos os autores para avaliar a adesão ao tratamento da pessoa em programa regular de HD (Denhaerynck et al., 2007). Os indicadores mais usados para avaliar a adesão e referidos em diversos estudos são: (1) o ganho de peso interdialítico (GPI) calculado como a diferença entre o peso do paciente entre o início de um tratamento de diálise e o peso obtido no final da sessão anterior (Leggat et al., 1998) para avaliar a adesão ao controlo dos líquidos; (2) as faltas e/ou encurtamento das sessões de HD num período de um mês; (3) a concentração sérica de potássio pré-dialítico; e (4) concentração sérica de fósforo pré-dialítico, os dois últimos para avaliar a adesão à dieta (Garzoni et al., 2007; Vlaminck et al, 2001).

Os critérios para avaliar a adesão aos indicadores acima descritos, passam por considerar não aderente o cliente com um GPI superior 4 a 5% do seu peso seco (que é o peso no final da sessão de HD ideal para o indivíduo sem líquidos acumulados) ou superior a 2 Kg; faltar mais de uma vez ao tratamento no último mês; um nível de potássio sérico pré-dialítico superior 5,5 ou 6 mEq/L ou de fósforo sérico superior a 5,5 ou 7.0mg/dl (Denhaerynck et al., 2007; White, 2004).

Em geral, estes indicadores podem ser considerados como métodos objetivos de avaliação da adesão do indivíduo ao tratamento (Garzoni et al., 2007; Rushe & McGee, 1998). No entanto, em sujeitos com valores bioquímicos alterados como: elevados níveis de fósforo sérico e/ou potássio, deve ser apurado o motivo destes desequilíbrios, tais como interações adversas entre medicamentos, uma prescrição desajustada de vitamina D e situações de hemorragia, entre outras (Kammerer, Garry, Hartigan, Carter, & Erlich, 2007); ou pelo contrário, níveis de fósforo séricos pré-diálise inferiores a 3,5mg/dl que podem indicar que os indivíduos podem desenvolver desnutrição.

Como instrumentos de medida de avaliação da adesão ao tratamento na população com DRCT, para além dos indicadores objetivos descritos há aqueles que advém do autorrelato. As escalas de adesão têm vindo a adquirir importância como medidas de avaliação à adesão ao tratamento. Construídas, testadas, confiáveis e direcionadas para a população com DRC em HD, bem como devidamente padronizadas e adaptadas ao contexto do país onde estão a ser usadas (Machado, 2015) podem funcionar como instrumentos válidos que concomitantemente com dados objetivos podem ajudar a uma melhor perceção do enfermeiro sobre os fatores que condicionam a adesão do indivíduo ao tratamento. E permitem equacionar estratégias que incentivem o indivíduo a adotar comportamentos e atitudes saudáveis, reduzindo assim o risco de complicações e comorbilidades associadas à HD (Maldaner et al., 2008).

1.4. Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

A teórica de enfermagem escolhida para este projeto sobre o tema da adesão ao tratamento do indivíduo com DRC à HD, foi Dorothea Orem, com a Teoria do Défice de Autocuidado (TDAC) (Tomey & Alligood, 2004).

Orem (1980) desenvolveu a TDAC, como uma teoria que engloba três teorias inter-relacionadas: a Teoria de Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

A Teoria do Autocuidado retrata a razão e o modo como as pessoas cuidam de si próprias. A Teoria do Défice de Autocuidado relata e explica o porquê das pessoas serem ajudadas pela enfermagem e, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem relata e

expõe as relações que têm de ser estabelecidas e conservadas para que se crie enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Orem (1980) define o autocuidado como a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da Saúde e do bem-estar.

O conceito de agente de autocuidado assume que todo o indivíduo tem capacidade para o autocuidado, por deter habilidades, conhecimentos e experiência alcançada durante a sua vida. Quando o indivíduo não consegue satisfazer os requisitos de autocuidado e precisa de alguém que o providencie, essas outras pessoas passam assumir a responsabilidade desses cuidados, surgindo o conceito de agente de autocuidado dependente. No entanto, se estes cuidados forem assegurados pela ação profissional do enfermeiro, emerge o conceito de agente de autocuidado terapêutico e consequentemente interligado surge a noção de autocuidado terapêutico (Orem, 1980; Petronilho, 2012; Tomey & Alligood, 2004).

Para Dorothea Orem, os requisitos do autocuidado, são a demonstração dos objetivos a serem alcançados, ou seja, são os meios para concretizar as ações que constituem o autocuidado (Marriner-Tomey, 1994; Orem, 1980). Para a teórica, estes podem divididos em três categorias consoante a natureza do cuidado: a) os requisitos universais; b) os requisitos de desenvolvimento; c) os requisitos de desvio da saúde. Os requisitos universais são, aqueles comuns a todos os seres humanos durante todas as fases do ciclo de vida e, que representam os tipos de ações humanas que fornecem as condições externas e internas para manter a saúde e bem-estar, como a conservação do ar, da água, de alimentos; a eliminação e descanso; a atividade; a solidão e interação social, prevenção de riscos e promoção da atividade humana (Marriner-Tomey, 1994; Orem, 1980). Os requisitos de desenvolvimento, estão associados aos processos de desenvolvimento humano e às condições e eventos que ocorrem em várias etapas do ciclo de vida e, eventos que podem afetar de forma negativa o desenvolvimento. E por último, os requisitos de desvio de saúde, são impostos em situações de doença ou de lesão, podendo assim relacionados a formas específicas de patologia ou advir de intervenções médicas de diagnóstico e tratamento. Estas situações afetam não só as estruturas e mecanismos fisiológicos e psicológicos mas também alteram o funcionamento humano integrado, como danos temporários ou permanentes da capacidade de desenvolvimento ou mesmo no

desenvolvimento do indivíduo, e conseqüentemente na sua atuação (Marriner-Tomey, 1994; Orem, 1980; Petronilho, 2012).

O conceito de déficit de autocuidado surge quando as necessidades do indivíduo são superiores à capacidade do indivíduo para o autocuidado como refere Petronilho (2012) citando Orem. Assim, o autocuidado “estabelece a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidado” (Petronilho, 2012, p.24) Desta forma, detetando a incapacidade para o autocuidado e a conseqüente necessidade de cuidados de enfermagem, o enfermeiro pode adequar a sua intervenção e assumir esta tarefa, uma vez que as necessidades terapêuticas se sobrepõem à capacidade do indivíduo se autocuidar (Nogueira, Silva & Mata, n.d.; Petronilho, 2012).

No sentido de fazer face ao déficit de autocuidado, Orem estabelece na sua terceira teoria, ou Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Esta teoria estabelece a atuação do enfermeiro aplicando um ou vários sistemas de enfermagem, tendo por base as necessidades dos indivíduos e a sua capacidade para desempenhar as atividades de autocuidado (Petronilho, 2012; Tomey & Alligood, 2004).

Orem definiu três sistemas de enfermagem: 1) o totalmente compensatório (quando o cliente é incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado); 2) o parcialmente compensatório (que exigem medidas ou ações de cuidado que envolve tarefas de manipulação ou de locomoção); e 3) o de apoio-educação. Este último surge quando o indivíduo precisa e consegue aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico e regular o desenvolvimento das suas atividades de autocuidado. Neste caso, o enfermeiro atua no sentido de capacitar o indivíduo como agente de autocuidado. É neste sentido e contexto que surge a ligação com o tema da adesão ao tratamento pelos indivíduos com DRC em HD, para perceber em que medida os mesmos conseguem implementar o tratamento adequado, detetando necessidades de autocuidado relativas às restrições alimentares, hídricas, entre outras (Marriner-Tomey, 1994; Nogueira et al., 2013; Petronilho, 2012).

Usando o modelo de Dorothea Orem, percebe-se que as metas são compatíveis com o diagnóstico e prática de enfermagem, capacitando o paciente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidado. No fundo, pretende-se ajudar as pessoas a promover o seu autocuidado.

2. COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Por forma a desenvolver as competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área específica de enfermagem nefrológica, foram delineados objetivos e atividades. Para culminar este caminho de aprendizagem e aperfeiçoamento, foram selecionados vários campos de estágio.

O estágio decorreu durante 17 semanas, entre 03 de outubro de 2016 e 10 de fevereiro de 2017. As primeiras 9 semanas decorreram em ambiente hospitalar, em dois hospitais públicos de referência na área da grande Lisboa, sendo 5 semanas no hospital A e 4 semanas no hospital B; e as últimas 8 semanas desenvolveram-se num centro satélite de hemodiálise privado da área da grande Lisboa, onde foi implementado o estudo de investigação.

Um dos principais motivos de escolha dos campos de estágio foi a proximidade geográfica da minha residência.

Os hospitais selecionados são hospitais centrais que abrangem uma área geográfica vasta e com elevada densidade populacional. O hospital A utiliza os seus recursos humanos visando a qualidade, efetividade e eficiência, promovendo assim o ensino, formação e investigação aos seus profissionais de saúde. Este hospital apresenta diversas valências ligadas à Nefrologia, como o internamento, as consultas externas de esclarecimento e a unidade de hemodiálise, que muito contribuiu e facilitou a aprendizagem.

A seleção do hospital B teve como principal razão ser um hospital de referência na área da Nefrologia, nomeadamente na valência da DP, o que enriqueceu a minha aprendizagem, especificamente no desenvolvimento de competências técnicas específicas nesta valência.

Por fim, a escolha do centro satélite de HD privado na área de Lisboa, deveu-se às facilidades concedidas para a realização do estudo de investigação, por ter um elevado número de pessoas com DRC em programa regular de HD, pela oportunidade de conhecer a realidade do tratamento em contexto ambulatorio e por ser uma mais-valia em termos de aprendizagem.

O cronograma de estágio onde estão discriminados os respetivos campos de estágio, duração e objetivos dos mesmos encontram-se no Apêndice 1. Os objetivos

e atividades propostos foram delineados de forma realista, em função do tempo de estágio disponível e constam do Apêndice 2.

2.1. Unidade de Hemodiálise Hospitalar

A unidade de HD hospitalar onde foi realizado o estágio, situa-se no hospital A. A Unidade de Hemodiálise pertence ao serviço de Nefrologia, que também inclui a unidade de internamento, a consulta externa de Nefrologia e de Litíase Renal (em parceria com a urologia). Toda a equipa médica do Serviço de Nefrologia dá apoio à unidade de hemodiálise e é constituída por 9 nefrologistas. A equipa de enfermagem é constituída por nove enfermeiros, incluído a enfermeira chefe, havendo um enfermeiro com a especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica e outro de Reabilitação. Os mesmos enfermeiros dão apoio à consulta de Nefrologia e de Litíase Renal e, em parceria com a unidade de internamento, colaboram na colocação de cateteres provisórios de hemodiálise.

O funcionamento desta unidade é garantido pela equipa médica e de enfermagem e, com apoio de um assistente operacional (em parceria com a unidade de internamento), de segunda a sábado (em regime de presença física das 8 às 22h30), e em regime de prevenção no domingo e durante a noite em todos os restantes dias da semana, desde as 22h30 até às 8h. Diariamente, ainda é prestado apoio nefrológico durante o período de urgência aos restantes serviços do hospital, estando desta forma escalado, um elemento da equipa médica, para o desempenho dessa mesma atividade.

A unidade de HD assume a execução de técnicas de diálise, a colocação de cateteres centrais de hemodiálise provisórios e o apoio de enfermagem nas consultas de Nefrologia e de Litíase Renal. Dispõe de 3 salas: uma sala com 6 postos de hemodiálise, sendo um destes reservado para doentes infetados com HCV; outra sala com 3 postos para os doentes infetados com HIV e uma sala onde é feita a colocação de cateteres centrais provisórios para HD (esta sala é partilhada com a unidade de internamento onde é simultaneamente efetuada a colocação de cateteres centrais terapêuticos). A maioria dos monitores da unidade são da Gambro AK200-S.

O estágio nesta unidade, decorreu de 03 de outubro a 04 de novembro de 2016. Os objetivos gerais e específicos anteriormente referidos, foram concretizados pela realização de diversas atividades e pelo uso de recursos que culminaram na aquisição

de competências comuns ao Enfermeiro Especialista preconizada pela OE (2010) e pelas competências específicas preconizadas pela EDTNA/ERCA (2007).

Sendo o primeiro campo de estágio e por não ter qualquer experiência anterior numa sala de HD, ocorreram dois sentimentos opostos, a ansiedade, e uma grande curiosidade e vontade de aprender, correspondendo a um novo desafio profissional.

A ansiedade inicial deveu-se ao pouco contato com a HD. No meu contexto profissional, tenho adquirido competências relacionais para lidar com pessoas com DRC em programa regular de HD e em início deste tratamento, e com a necessidade dos clientes se adaptarem às restrições alimentares, ao controlo dos líquidos, bem como aos cuidados com os CVC ou com as FAV. No entanto, a HD é uma técnica muito específica, que exige conhecimentos teóricos e experiência, para desenvolver a destreza e autonomia necessária para realizar o tratamento de forma segura e saber lidar com as complicações intradialíticas. Foi neste sentido que iniciei o meu estágio, colmatando a aprendizagem com pesquisa bibliográfica e com a observação de atuação, orientação e esclarecimento de dúvidas com a colega orientadora, além da partilha de experiências com a equipa de enfermagem.

A experiência deste campo de estágio permitiu desenvolver competências técnicas relacionadas com todo o tratamento de HD, desde a preparação do equipamento (manipulação da máquina, montagem do CEC, ou *priming*, preparação do cliente, preparação de cateter para o início da hemodiálise, conectar o doente ao CEC) até ao desenvolvimento do tratamento (vigilância e monitorização, resposta a alterações e/ou complicações) até à conclusão da sessão de HD (preparação do material e desconexão do doente, realização de registos de enfermagem com todas as alterações durante a sessão de modo a torná-los acessíveis à restante equipa que necessite de ser informado, respeitando as competências do enfermeiro especialista (EDTNA/ERCA, 2007).

A boa integração na equipa multidisciplinar foi essencial para a aprendizagem facilitando a articulação com outros serviços do hospital, promovendo a otimização de tempo e a resposta em situação de urgência.

As normas técnicas, manuais e protocolos em uso no serviço, foram consultados como recursos para trabalhar com o indivíduo em HD. Realço os seguintes: cuidados no início e no fim do tratamento; cuidados ao acesso vascular, mais frequentemente ao CVC; inserção e remoção de agulhas da FAV e da prótese;

e utilização de técnica asséptica na HD. A pesquisa bibliográfica referente ao manual do monitor de HD, a pesquisa sobre a DRCT e HD, sobre gestão do tratamento e adaptação do indivíduo ao programa de HD, permitiram dar consistência a esta aprendizagem e desenvolver uma prática especializada (OE, 2010).

A modalidade mais em uso nesta unidade HD hospitalar é a HD de alto fluxo. Entende-se por HD de alto fluxo, aquela que é realizada com dialisadores de alta permeabilidade e que mais se iguala ao modelo de filtração do rim normal (Ferreira, 2003), ou seja, através de dialisadores com poros maiores para a eliminação de toxinas e fluidos urêmicos (Nephrocare, n.d.). Como tal, a HD de alto fluxo implica que haja uma otimização de todo um outro conjunto de parâmetros, que irão influenciar diretamente no aumento da capacidade de difusão e convecção da sessão. Serão estes, designadamente o débito do AV, a velocidade de circulação do sangue e dialisante no monitor, anticoagulação apropriada e o aumento da área da membrana (Ferreira, 2003).

De acordo com Ferreira (2003), este tipo de HD muito utilizado por ter mais eficácia a curto, médio e longo prazo, e uma otimização da tolerância intradialítica a nível hemodinâmico. Ferreira (2003) associa a HD de alto fluxo como uma modalidade de diálise, juntamente com a HDF, a uma menor mortalidade, menor desnutrição, diminuição da inflamação crónica e da amiloidose da diálise, diminuição da remodelação óssea e da osteoporose, bem como associada a uma melhoria do perfil lipídico e, um menor consumo de eritropoietina humana recombinante.

Neste serviço, os indivíduos que recorrem àquela unidade para realização de HD, são normalmente pessoas com DRCT em regime ambulatorio, a maioria há mais de um ano de tratamento. As sessões têm uma duração de cerca de 4 horas, três vezes por semana, de acordo com protocolo estabelecido pelo médico e adequado à eficácia HD; recorrem também a esta unidade pessoas com DRCT em programa de HD provenientes de outros serviços de internamento e indivíduos internados para iniciar HD, ou ainda em situações de urgência, com necessidade de colocação de CVC ou ainda, internados em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) com necessidade de HD.

Como atividades desenvolvidas neste estágio realço a prestação de cuidados a doentes que induziam HD pela primeira vez em contexto de urgência, com oportunidade

de os acompanhar desde a colocação do CVC provisório para quem necessita de HD em situação de urgência (Fresenius Medical Care, 2011).

Colaborei na preparação e realização de sessões de HD e no registo informático de todas as ocorrências durante as sessões, bem como da colocação do CVC provisório.

Durante a colocação do CVC e imediatamente após a sua colocação é necessário estar atento a complicações associadas como hemorragia ativa do local de inserção. Outra complicação é a infeção do local de inserção, o que exige assepsia na manipulação do cateter, vigiar sinais e sintomas de infeção do local de inserção e educar o indivíduo sobre cuidados e precauções relativamente ao mesmo (Fresenius Medical Care, 2011). Entre os problemas que podem surgir com este tipo de CVC, destaca-se o baixo fluxo de sangue, associado à localização do cateter e à anticoagulação, sendo que esta última, quando adequada, pode minimizar os efeitos deste problema (Gutch, Stoner, & Corea, 1993). O uso do CVC de HD provisório deve restringir-se a curtos períodos e/ou numa situação de emergência com indicação para tratamento dialítico imediato. Depois deve ser substituído por um AV de longa duração, como CVC de longa duração, FAV ou Enxerto arteriovenoso (OE, 2016).

Também tive oportunidade também de contactar com indivíduos com DRCT em programa regular de HD, que na sua maioria apresentava a FAV como acesso vascular de HD.

De acordo com o *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise*, a FAV continua a ser o melhor acesso vascular interno, uma vez que fornece uma maior longevidade e uma menor probabilidade de desenvolvimento de infeções e coágulos, traduzindo-se em menos hospitalizações e, consequentemente levando a taxas mais baixas de mortalidade e morbilidade (OE, 2016).

Em colaboração com a enfermeira orientadora, tive a oportunidade de observar e efetuar exame físico à FAV. O exame físico, apresenta-se como um exame simples, útil e de extrema relevância na deteção de disfunção do AV, prevenindo possíveis complicações, com consequente diminuição da morbilidade e mortalidade dos indivíduos com DRCT em programa de HD. Neste âmbito o enfermeiro desempenha um papel preponderante na preservação do acesso vascular que contribuirá para o sucesso do tratamento de diálise.

O exame físico consiste em observar, palpar e auscultar, procurando sinais e sintomas de infecção, aneurismas (na sua presença, procede-se à monitorização e procura-se um do local alternativo para a canulação e em situações mais graves remete-se para reparação cirúrgica), edema, estenose, e síndrome de roubo (OE, 2016).

Desta forma, uma FAV sem complicações apresenta à palpação, um frémito na anastomose arterial e ao longo do trajeto venoso, com fácil compressão; à auscultação um sopro bem audível e ininterrupto (diástole e sístole) e, na observação, ver um campo venoso bem desenvolvido, sem qualquer irregularidades e/ou aneurismas, com áreas vasculares sem curvaturas e ausência de sinais inflamatórios e/ou infecção (OE, 2016).

Relativamente às sessões de HD foram presenciadas algumas complicações intradialíticas, como a hipotensão, câibras, náuseas e/ou vômitos (relacionados na maioria das vezes hipotensão) e coagulação do circuito. A mais frequentemente presenciada foi a hipotensão, o que está de acordo com os dados referidos em Fresenius Medical Care (2010), em que a mesma se apresenta como a complicação mais prevalente em hemodiálise, com cerca de 20-30%.

A hipotensão durante a sessão de diálise pode ocorrer por diversas causas, como o caso da taxa de remoção de fluido no dialisador exceder a taxa de reenchimento do plasma no doente (Thomas, 2005). Valores de ultrafiltração superiores a 20 ml/kg/h podem provocar redução da pressão arterial em muitos indivíduos, porque a taxa de ultrafiltração passa a ser superior à capacidade de reenchimento vascular (Castro, 2001; Gutch et al., 1993). Desta forma, segundo Castro (2001) a velocidade de ultrafiltração e o volume ultrafiltrado são os principais fatores envolvidos na hipotensão.

Outas causas também estar associadas a este tipo de complicação, como reações vagais, intolerância á ingestão durante a diálise, anemia grave, disfunção cardíaca, entre outras. (Fresenius Medical Care, 2011)

A hipotensão pode apresentar-se assintomática até que haja uma queda tensional de cerca de 40 a 55 mm Hg (Gutch et al., 1993). No entanto, a sintomatologia pode incluir além da diminuição da TA, palidez, náuseas, vômitos, câibras, taquicardia, sonolência e diaforese (Fresenius Medical Care, 2011).

Desta forma, agi de forma a precaver este tipo de situações durante a hemodiálise. Vigiar e monitorizar os sinais vitais, assim como valorizar os primeiros sintomas apresentados pelo indivíduo foram cruciais para uma atuação precoce, rápida e eficaz, prevenindo esta sintomatologia.

Porém, no caso de um episódio agudo, é relevante agir no sentido de colocar o indivíduo em posição de *Trendelenburg*, lateralizando a cabeça, providenciar infusão de solução salina e agentes hipertônicos, e suspender a Ultrafiltração (UF). Corrigido o episódio hipotensivo agudo, devem ser adotadas medidas que podem ajudar na redução e na prevenção desta complicação, tais como: iniciar suavemente a diálise com fluxo de sangue (100ml/min), considerar o peso e a taxa de UF no início e valorizar a patologia e terapêutica respetiva associada ao indivíduo. A redução da velocidade de ultrafiltração por meio do aumento do tempo de diálise, ajustar a concentração de sódio e a temperatura (de acordo com indicação médica), a reavaliação do peso seco do paciente e a reorientação do paciente para reduzir o ganho de peso interdialítico, podem ajudar na redução da incidência da hipotensão arterial durante o tratamento de diálise (Castro, 2001; Fresenius Medical Care, 2010).

Durante o estágio, como elemento da equipa multidisciplinar e com indivíduos de quem eu era responsável pela prestação de cuidados, pude gerir, priorizar e otimizar cuidados de acordo com o tempo, e ter oportunidade para poder conhecer as suas necessidades efetivas (OE, 2010) para assim poder efetivamente ajudá-los como elemento privilegiado da equipa multidisciplinar que passa maior tempo real com os indivíduos a colmatar essas mesmas necessidades. Há aqui um papel de extrema relevância no bem-estar psicológico do indivíduo, devendo escutar e motivar a expressão dos sentimentos (Fresenius Medical Care, 2011).

Como enfatiza Castro et al. (2013), o enfermeiro precisa estar atento às necessidades dos indivíduos e sua família, para que através do diálogo, consiga apoiá-los na resolução das dificuldades encontradas e mostrar-lhes compreensão, respeito em sua individualidade (Fresenius Medical Care, 2011).

Embora, cada necessidade seja individual e muito particular, e seja manifestada de forma diferente de indivíduo para indivíduo dada a sua cultura, as necessidades mais manifestadas pelos indivíduos foram de medo relacionado com o tratamento e com o futuro, dúvidas e receios ligados ao desconhecimento do própria hemodiálise e às mudanças drásticas efetuadas no seu quotidiano, ansiedade

relacionada com a sensação de “fardo” para a família, frustração e alguma indignação quanto à necessidade de tratamento.

Um dos momentos mais desafiantes no decorrer deste estágio foi o desenvolvimento uma relação de confiança com os indivíduos com DRCT em programa regular de HD. Destaco duas situações de pessoas em HD há relativamente pouco tempo, num contexto de urgência (um com menos de 1 mês e outra com cerca de 1 mês) e que foram importantes para desenvolver as minhas competências. Todas tinham em comum, a falta de conhecimentos e dúvidas relativas aos cuidados relativos ao penso, alimentação e ingestão hídrica. Quanto à fase de adaptação psicológica à HD, ambas estavam no denominado Período de Lua-de-Mel, que pode durar de algumas semanas até os primeiros 6 meses ou mais. Caracteriza-se geralmente por uma fase de melhoria física e psicológica e vem acompanhada de sentimentos renovados de esperança e confiança. Normalmente, há uma resposta positiva e grata dos indivíduos aos profissionais de saúde. No entanto nesta fase, também podem vivenciar sentimentos de ansiedade e depressão. (Fresenius Medical Care, 2011; Gutch et al., 1993).

Ambas as pessoas expressaram uma atitude positiva e a necessidade de ajuda para colmatar estes conhecimentos e mostravam vontade de aprender, embora uma delas se mostrasse renitente em aderir às restrições alimentares e à restrição hídrica e em comparecer às sessões de HD. Desta forma, o enfermeiro apresenta-se neste contexto, como educador e conselheiro do indivíduo de forma a facilitar a adaptação e a adesão ao tratamento.

Para compreender as necessidades globais dos indivíduos é necessário estabelecer uma relação de confiança que favoreça a exposição de sentimentos relacionados com o tratamento e prestar cuidados individualizados, bem como motivar o cliente para enfrentar os receios, as complicações e aderir ao tratamento.

Durante o estágio procedi a um estudo de caso (Apêndice 3) numa pessoa de 41 anos, do sexo feminino, que tinha iniciado HD há um ano. Era seguida há alguns anos em consulta de Nefrologia, mas com difícil aceitação do diagnóstico, pouca adesão ao tratamento e posterior abandono de consulta. Esse estudo permitiu refletir e entender como o diagnóstico de uma doença crónica como a DRC, tem um enorme impacto na vida do cliente e implica mudanças e alterações ao nível pessoal, familiar,

social e profissional e como os enfermeiros podem promover e facilitar a aceitação e a adaptação à doença e ao tratamento.

Durante o estágio foi detetada uma necessidade formativa, decorrente da observação do CVC provisório ficar exposto ao ar, sem penso de proteção ou mesmo com penso repassado. Após a análise desta problemática foi proposta a realização de sessões formativas sobre “Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com DRC com CVC de HD”, visando reduzir o risco de infeção. No entanto, até ao final do estágio não foi possível realizar a formação da qual junto o plano de sessão em apêndice (Apêndice 4).

Em suma, a evolução ao longo do estágio foi crucial para o desenvolvimento de competências, pelo que, segundo Benner (2001), considero ter atingido o nível de iniciado avançado. Penso que os objetivos estipulados para este campo de estágio, foram atingidos, como é visível na avaliação da enfermeira orientadora em anexo (Anexo1).

2.2. Unidade de Diálise Peritoneal

A unidade de DP localiza-se no Hospital B. Este hospital dá resposta a uma população vasta, uma vez que atende de forma direta a diversas freguesias e concelhos em volta, de cerca de 450 mil habitantes. Como instituição hospitalar, presta cuidados de saúde diferenciados em diversas especialidades, apresentando como uma referência importante na área da Nefrologia. Tem como objetivo também a promoção da investigação e formação profissional.

A Unidade de Diálise Peritoneal (UDP) está integrada no Serviço de Nefrologia, que contempla também a valência de internamento e HD. Esta unidade, é constituída por três médicos nefrologistas, duas enfermeiras (1 com a especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica), um nutricionista e um assistente social, e com o apoio de um assistente operacional (em parceria com as consultas externas). Atualmente, de acordo com dados fornecidos pela própria unidade, prestam cuidados a 66 indivíduos com DRCT em programa de DP. A idade média está situada nos 54,42 anos, e relativamente ao género, 21 dos indivíduos são femininos e 45 masculinos. Quanto ao tipo de DP, 48 encontram-se em Diálise Peritoneal Continua em Ambulatório (DPCA) e 18 em diálise Peritoneal Automatizada (DPA).

A UDP funciona das 9h às 16h, entre 2ª e 6ª feira (exceto feriados). Em situações de urgência após as 16 horas e aos fins-de-semana e feriados, os cuidados são assegurados pela equipa de internamento de nefrologia.

A equipa de enfermagem responsável pelos cuidados na UDP, é também responsável pela consulta de Esclarecimento/Opções ao indivíduo com DRCT que se desenrola uma vez por semana e no máximo de duas consultas. Os cuidados de enfermagem relativos à DP prestados na unidade, englobam consultas de rotina e de urgência (incluindo a substituição do prolongamento cateter de Tenckhoff, os Testes de Equilíbrio peritoneal) apoio ao internamento quando solicitado, ensino da técnica ao doente e familiar e/ou cuidador informal.

O estágio na unidade de DP referida, ocorreu em quatro semanas. No entanto, considero ter sido o tempo necessário para a aquisição dos objetivos gerais e específicos anteriormente mencionados, através da realização de diversas atividades, com vista a obtenção de competências comuns ao Enfermeiro Especialista preconizada pela OE e pelas competências específicas preconizadas pela EDTNA/ERCA (2007).

Segundo Benner (2001), e o seu Modelo de desenvolvimento de competências, iniciei este segundo estágio na área da DP, num nível de iniciado, uma vez que não tinha qualquer contato com a mesma. O estágio permitiu-me adquirir competências a nível do domínio da DP que me possam fazer atingir o nível de iniciado avançado.

Este estágio teve como objetivo desenvolver competências a nível da DP, especificamente nas vertentes técnicas e relacionais.

Houve diversos elementos que contribuíram para desenvolver tais competências. A salientar, a integração sem qualquer dificuldade, de forma gradual, com conhecimento do espaço físico e constituição da equipa multidisciplinar. A existência de protocolos, de folhetos e de um Manual De Cuidados de Enfermagem elaborados pela equipa de enfermagem, que apresentam de forma clara os procedimentos a seguir no serviço de DP. A referir também, um documento elaborado pelas colegas do serviço disponível e facultado em PowerPoint, de modo a facilitar um conhecimento breve do serviço, contendo caracterização do serviço, com as diversas valências inseridas como consulta de Nefrologia e noções de DP (conceito da TSFR, mecanismos de transporte, vantagens e desvantagens, riscos e complicações, objetivos, modalidades de tratamento e respetivas especificidades,

cateter de DP – princípios, características e cuidados de enfermagem, principais riscos e complicações do mesmo; cálculo da dose de diálise; e exames relacionados, como o Teste de Equilíbrio Peritoneal (PET) e reforçados no Guia elaborado e disponibilizado para consulta.

Em termos de atividades desenvolvidas durante o estágio saliento a pesquisa bibliográfica e a validação de conhecimentos com a enfermeira orientadora.

A DP inclui um grupo de modalidades de tratamento substitutivo da função renal (TSFR), que engloba as técnicas de diálise em que o peritoneu é usado como membrana de diálise e na qual ocorre a transferência de água e de solutos entre o sangue e a solução de diálise (Coronel et al, 2006). Existem duas grandes modalidades de DP, a Diálise Peritoneal Continua Ambulatória (DPCA) e Dialise Peritoneal Automatizada (DPA), sendo a primeira mais prevalente nesta unidade de DP e na qual todos os indivíduos que iniciem DP são iniciados, mesmo que depois transitem para a DPA. A DPCA é uma modalidade manual e o abdômen permanece cheio de líquido dialisante, podendo ocorrer três a cinco ciclos diurnos de trocas de 5-6 horas cada, e um noturno com cerca de 8-10 horas de permanência abdominal. A DPA usa sistemas mecânicos denominados cicladoras que permitem a programação de um plano terapêutico (Coronel et al., 2006).

Ao contrário da HD, esta TSFR ocorre em meio ambulatorio e, como tal proporciona ao indivíduo com DRC uma melhor adaptação da rotina de vida social e profissional à necessidade de tratamento dialítico (Malhadas, 2005).

Na DP o papel do enfermeiro exige um especial enfoque na educação para a saúde, visando desenvolver competências para melhorar a adesão ao tratamento, a realização do tratamento em segurança e uma melhor da qualidade de vida (Malhadas, 2005). Não só focando a atenção no indivíduo mas também na sua família, procurando perceber como estão a encarar a situação de doença e adaptação a este novo tratamento, bem como proporcionando momentos para exposição e verbalização dos receios e problemas e, ajudando a encontrar recurso e mecanismos de apoio para ajudar a ultrapassar (Malhadas, 2005). Todo este papel de educação e apoio permanente foi perceptível e visualizado ao longo de todo o estágio.

O ensino da DP visa prover conhecimentos e destreza manual, permitindo que o indivíduo realize o autocuidado com segurança no domicílio. Este processo é individualizado e varia com a capacidade de aprendizagem e compreensão do

indivíduo e da sua família e também a urgência de início do tratamento (Malhadas, 2003). Nesta fase o trabalho é vital, para estabelecer um vínculo entre o indivíduo/família e a enfermeira da DP, que vai favorecer a adesão ao tratamento, abrindo espaço para o esclarecimento de dúvidas.

O ensino da DPCA segue um protocolo elaborado pelas colegas da unidade, elaborado para cada um dos cinco dias de ensino preconizados. Foi possível durante o estágio, desenvolver a atividade de observação e colaboração ativa em dois ensinos completos de DP distintos, manifestando os conhecimentos adquiridos. Através dos mesmos, foi possível individualizar as intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades do indivíduo/familiar, adotando diferentes estratégias com vista a um cuidado centrado no cliente.

Foi fornecida informação em folhetos, sobre lavagem e desinfecção das mãos, cuidados ao cateter peritoneal, prevenção de infeções relacionados com o orifício de saída, com o túnel, para prevenir a peritonite, sobre a preparação e administração de terapêutica intraperitoneal. Em todo o ensino da técnica, esteve presente um elemento de referência do indivíduo. Ambos foram envolvidos durante o período de internamento. O ensino culminou numa avaliação final do desempenho técnico do indivíduo em DP, para avaliar a capacidade de desempenhar sozinho e de forma correta o tratamento no domicílio.

Foi dado especial enfoque à prevenção das infeções. De acordo com Malhadas (2003) é necessário prevenir as infeções do local de inserção do cateter, evitar as peritonites, bem como os efeitos adversos (como desnutrição e ineficácia dialítica) para que a DP promova a qualidade de vida do doente renal.

Em DP, as complicações infecciosas podem apresentar-se como infeção no orifício de saída (OS), infeção do túnel e peritonite. A infeção no OS é definida pela presença de exsudado purulento, dor, rubor, calor e edema. A infeção do túnel, pode apresentar-se como extensão da infeção do OS constando a presença de dor, edema e rubor e/ou endurecimento ao longo do túnel. E finalmente, a peritonite que é a infeção mais grave em DP, manifesta-se pela presença de dor abdominal, náuseas/vómitos, febre, hipersensibilidade abdominal, conteúdo drenado da DP com aspeto turvo e com mais de 100 glóbulos brancos ou leucócitos/mL, podendo conduzir à remoção do cateter, falência da membrana peritoneal com necessidade de transferir para HD, ou mesmo à morte. (Gutch et al., 1993; N. Thomas, 2005)

Uma complicação mecânica que pode surgir é a obstrução do cateter peritoneal ou de Tenckhoff, que acontece por: obstipação; rolhão de fibrina; coágulo, obstipação ou o cateter mal posicionado. Durante o estágio, ouve a possibilidade de observar a presença de fibrina na drenagem do dialisante. Foi resolvida como refere Thomas (2005) com a “ordenha” do tubo, e como medida de profilaxia, adicionando heparina ao dialisante para prevenir a formação deste tipo de rolhões.

Outras atividades desenvolvidas ao longo do estágio com enfoque na prestação de cuidados de enfermagem personalizados ao cliente em programa de DP, foram: a observação e colaboração nas consultas de enfermagem de rotina/vigilância da DP, incluindo ciclos de troca de dialisante na cavidade peritoneal; colaboração na realização de exames de rotina como o PET; observação e colaboração na administração de terapêutica peritoneal; realização de pensos ao OS e avaliação de suturas após colocação de cateteres de Tenckhoff em ambulatório; acompanhamento de indivíduos em regime de hospitalização, que foram submetidos a colocação de cateter para iniciar DP e doentes internados por complicações relacionadas com o cateter e com ineficácia dialítica; observação e colaboração na substituição de prolongamentos de cateter de Tenckhoff, com registos de enfermagem em formulários e programa informático em uso na unidade.

Também tive a oportunidade de poder assistir e colaborar ativamente em duas consultas de esclarecimento/opções que são realizadas pelas enfermeiras da DP, uma vez por semana e num total máximo de duas consultas. A consulta de esclarecimento, de acordo com a norma da DGS nº 17/2011, visa providenciar uma informação detalhada a pessoa com DRC sobre as diferentes TSFR existentes na DRCT para que a mesma consiga dispor de todas as informações necessárias para fazer a sua tomada de decisão na opção da terapêutica que mais se adequa ao cliente (Direção-Geral da Saúde, 2012). Esta consulta decorre em duas fases: numa primeira fase, é efetuada consulta pela nefrologista e pela assistente social; numa segunda fase com um intervalo de cerca de duas semanas é realizada consulta com dietista; e com enfermeira da unidade, no sentido de abordar a opção do doente e esclarecimento de dúvidas sobre as diversas TSFR. Nas consultas em que colaborei, ambas as pessoas já tinham uma preferência por uma das TSFR e dúvidas específicas acerca daquela TSFR.

Ao longo estágio percebi o ênfase do apoio educacional permanente, para assegurar o sucesso dos indivíduos em DP (Thomas, 2004).

De salientar a coesão, experiência profissional, e disponibilidade da equipa de enfermagem. Apenas duas colegas, com um número elevado de doentes em DP conseguem providenciar um ambiente organizado e dar condições de aprendizagem e colaboração na sua rotina diária, permitindo a aquisição de competências técnicas e relacionais específicas da DP. Embora as condições físicas não fossem as ideais, por só existir uma sala de enfermagem para consultas de enfermagem de rotina e de urgência, consulta de esclarecimento, realização de exames como PET, realização de ensino de indução da DPCA e uma sala de trocas de ciclos, conseguem providenciar os cuidados adequados e personalizados, respeitando a privacidade do indivíduo. Nem sempre é fácil organizar e realizar o ensino de indução de DPCA, pois como preconiza Thomas (2005), para uma formação eficaz deve existir um bom ambiente de aprendizagem, confortável, não-clínico, sem interrupções e com uma atmosfera amigável de boas-vindas.

É crucial uma relação próxima e de confiança entre toda a equipa multidisciplinar com os indivíduos que realizam DP, bem como as suas famílias. Isso foi perceptível durante o estágio. Esta disponibilidade da parte da enfermeira de DP faz com que os indivíduos sintam que podem recorrer à unidade sempre que surjam dúvidas.

Em suma, a evolução ao longo do estágio foi crucial para o desenvolvimento de competências, pelo que, segundo Benner (2001), e com o término do mesmo considero ter atingido o nível de iniciado avançado. Penso que os objetivos estipulados para este campo de estágio, foram atingidos, como é visível na avaliação da enfermeira orientadora em anexo (Anexo 2).

2.3. Unidade de Hemodiálise – Centro satélite de HD

A unidade de hemodiálise do centro satélite de HD privado localizava-se nos arredores de Lisboa. Era uma unidade de HD com elevado número de indivíduos com DRCT em programa regular de HD, sendo provavelmente dos maiores centros de HD de Lisboa. Tinha a missão de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com doença renal, sendo seu objetivo oferecer terapias ajustadas às condições clínicas e estilo de vida dos doentes, respeitando a individualidade, tendo em conta o contexto de vida, a doença, suas comorbilidades e o seu estado emocional.

O funcionamento desta unidade de hemodiálise é assegurado por sete médicos residentes e seis nefrologistas. A equipa de enfermagem é constituída por 39 enfermeiros entre elementos em regime de prestação de serviços, por mais dois elementos em formação na altura de realização do estágio, e o enfermeiro chefe. A equipa inclui ainda duas assistentes sociais, uma nutricionista, dez assistentes operacionais, duas administrativas e três assistentes administrativos. De acordo com dados fornecidos pela mesma unidade, realizavam HD regular 217 indivíduos divididos pelos três turnos diários.

O funcionamento da unidade é garantido seis dias por semana, em regime de três turnos por dia em dias ímpares e quatro turnos nos dias pares (havendo o turno da noite). Dispõe de uma central de tratamento de águas, de copa, armazém, e de uma farmácia para armazenamento de medicamentos e material de diálise e, de duas salas de HD, sendo uma delas com 25 postos e outra sala pequena com cerca de nove postos. Os turnos de manhã, intermédio e da tarde tinham normalmente a lotação máxima e contavam com um médico, seis enfermeiros e três assistentes operacionais. O turno da noite era realizado nos dias pares com 18 doentes, apoiados por quatro enfermeiros. Havia uma sala para indivíduos infetados com Hepatite C, como preconiza as boas práticas de hemodiálise (Ministério da Saúde, 2000). Estes estavam localizados no final do circuito das águas. A unidade não recebia indivíduos com HIV e HVB. O tipo de diálise era maioritariamente HD alto fluxo e também HDF. A maioria dos doentes tinha mais de 60 anos de idade e havia mais homens que mulheres. O acesso de HD mais comum era a FAV (80,3% dos indivíduos), seguindo o CVC tunelizado ou de longa duração (10,6%) e a PTFE com 9,1%.

O estágio nesta unidade de HD teve lugar de 05 de dezembro de 2016 a 10 de fevereiro de 2018, com interrupção letiva por Férias de Natal de cerca de 2 semanas, constituindo efetivamente 8 semanas de estágio (Apêndice 1). Os objetivos gerais e específicos definidos para este estágio e mencionados em capítulo anterior, foram concretizados pela execução de atividades e utilização de recursos visando a obtenção de competências comuns ao Enfermeiro Especialista preconizada pela OE (2010) e pelas competências específicas preconizadas pela EDTNA/ERCA (2007).

A realização do último estágio enriqueceu o meu conhecimento e deu uma visão do tratamento de HD extra-hospitalar. Neste campo de estágio, a ansiedade foi reduzida pela experiência em unidades de HD hospitalar. Isso permitiu encarar este

último estágio com grande vontade de aprender e curiosidade, para realizar o desafio profissional a que me propus no início deste caminho.

Como elementos facilitadores realço a Enfermeira orientadora (especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica) e a equipa de enfermagem e multidisciplinar, que facilitaram a integração na unidade, a orientação na ação e o esclarecimento de dúvidas, o acesso às normas e procedimentos técnicos em uso nesta unidade. O fato de ser uma equipa de enfermagem relativamente jovem (com alguns elementos com elevada experiência) que recebe colegas em formação, facilitou a integração. Foi perceptível um bom relacionamento e comunicação entre toda a equipa multidisciplinar.

Os elementos mais desafiantes foram sem dúvida: o elevado número de doentes por turno; e a necessidade de me adaptar ao equipamento de HD em uso nesta unidade com os quais nunca tinha contactado. Este último aspeto foi colmatado com consulta de bibliografia específica e com o apoio da Enfermeira Orientadora. Isto foi crucial para assegurar um conhecimento sólido e desenvolver uma prática clínica especializada fundamentada em padrões de conhecimentos válidos, atuais e adequados (OE, 2010).

A modalidade de HD mais frequente nesta unidade é a HD de alto fluxo, mas também se realiza a HDF. Ambas as modalidades estão associadas a uma menor mortalidade e menor desnutrição (Ferreira, 2003).

Nesta unidade de HD desenvolvi competências técnicas específicas associadas à HDF, como a preparação de todo o equipamento necessário (manipulação da máquina, a montagem do circuito extracorporal conectar indivíduo à máquina), monitorização e a finalização da sessão de HDF que tem algumas diferenças na técnica relativamente à HD alto fluxo.

Nesta unidade a maioria dos indivíduos realizam HD há mais de um ano. As sessões dialíticas têm por norma uma duração de quatro horas na maioria nos turnos diurnos, e no turno noturno uma duração de seis horas e meia. Esta duração do tratamento é definida pelo médico para tornar o tratamento mais eficaz. Percebi que os indivíduos mais dependentes para realizar as suas atividades de vida diária (AVD) ou que se encontravam institucionalizados, tinham prioridade para realizar HD no primeiro turno (ou manhã) e com CVC permanente. No turno intermédio (tarde), encontram-se indivíduos mais independentes nas suas AVD's, com mais anos de tratamento em HD e, maioritariamente com FAV.

A equipa da unidade dá especial ênfase ao ensino sobre os acessos vasculares para HD, fornecendo aos indivíduos que iniciam HD ou com défice de conhecimento, material com informação sucinta e esclarecedora sobre cuidados com o seu AV, bem como no caso de FAV exercícios recomendados para o desenvolvimento e maturação da mesma.

Como atividades desenvolvidas nesta unidade, saliento a prestação de cuidados em todo o tratamento de HD (preparação, conectar o indivíduo ao CEC, monitorização do tratamento, colheitas de sangue para análises mensais preconizadas pela unidade e realizadas no início de cada mês, e conclusão da sessão incluindo hemóstase). Também colaborei na preparação e administração de terapêutica intradialítica, contribuindo assim para o conhecimento dos papéis e funções inerentes a todos os elementos da equipa promovendo um meio favorável para a minha prática especializada. De referir ainda o registo informático do tratamento dialítico e das ocorrências durante a HD.

Existe documentação específica para registar a monitorização e vigilância do AV, que fica anexada ao processo clínico. Colaborei na realização do exame físico dos AV, preconizado no protocolo da unidade, constituindo uma prática especializada, que permite despistar complicações e que previne a infeção do AV, como define o *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise* (OE, 2016).

O acesso vascular de HD mais frequente nos indivíduos que realizam HD nesta unidade era a FAV, tal como na unidade de HD hospitalar.

A punção de AV foi uma das atividades mais desafiantes e relevantes, pois exige conhecimento e perícia. Numa fase inicial, procedi apenas à observação e ao exame físico da FAV. No entanto, ao longo do estágio e sob supervisão, procedi à punção de FAV bem desenvolvidas.

Pude ainda observar algumas complicações de FAV durante o estágio através do exame físico, designadamente um indivíduo que apresentava sinais de um Síndrome de Roubo (SR). Esta complicação surge quando o sangue designado para as extremidades é “desviado” pelo AV, impedido uma perfusão adequada ao nível da mão, podendo originar isquemia ou necrose. Normalmente, surge em indivíduos com compromisso da circulação por DM, esclerose arterial, próteses venosas próximas de extremidades e de grande calibre (Silva et al., 2003). A sintomatologia do SR pode

ser classificação como: leve, moderada e grave. Como sintomatologia leve, destaca-se a sensação de arrefecimento subjetivo e parestesia, com redução da temperatura, mas sem perda de mobilidade e sensibilidade, que era o que apresentava o indivíduo em que foi presenciada esta situação. Segundo Silva et al. (2003) nos casos leves, a sintomatologia acaba por desaparecer com o desenvolvimento de circulação colateral. Apenas uma minoria progride para moderada, podendo causar alguma limitação de movimentos da sessão de HD dentro do limite de tolerância e sem haver presença de lesão cutânea. Porém, ao detetar sintomas leves de SR, o enfermeiro deverá alertar o médico da situação, encorajar o uso de luvas para minimizar a sensação de hipotermia e a perda de sensibilidade das extremidades, promover movimentos ativos da mão, monitorizar o acesso para detetar sinais de agravamento e encorajar o indivíduo a registar sinais no período interdialítico. O diagnóstico destas situações envolve o ecodoppler das artérias distais à anastomose e a angiografia. O agravamento da sintomatologia pode evoluir para isquemia severa com necrose, exigindo cirurgia imediata para proceder à sua correção ou mesmo se for necessário recorrer à sua laqueação (OE, 2016; Silva et al., 2003). No caso presenciado, o indivíduo usava luva, o ensino foi reforçado em todas as sessões, bem como a monitorização do acesso.

Também foi possível observar outras complicações de sessões de HD como hipotensão e coagulação do dialisador e do CEC. Esta última, ocorre normalmente devido a inadequada terapia anticoagulante, fluxo de sangue inadequado, presença de ar no circuito, lavagens insuficientes do CEC quando o tratamento decorre sem heparinização. Nesta situação específica, a atuação de enfermagem passa por tentar reinfundir a maior quantidade de sangue possível; desconectar as linhas das agulhas/cateter do indivíduo; monitorizar a condição hemodinâmica do indivíduo, informá-lo e esclarecer dúvidas (Fresenius Medical Care, 2011; N. Thomas, 2005). No caso de coagulação do dialisador ou da totalidade do CEC, descarta-se o CEC e providencia-se a rápida montagem e *priming* de novo circuito, incluindo a preparação e administração de anticoagulante prescrito; reprograma-se a UF, contabilizam-se as perdas. Neste caso não foi possível infundir nenhum líquido do CEC. O indivíduo esteve sempre hemodinamicamente estável.

Durante os turnos, aos indivíduos a quem prestei cuidados, estabeleci uma relação terapêutica durante o tratamento, para conhecer o indivíduo, as suas reais preocupações, de forma a oferecer sugestões para a adaptação e adesão ao

tratamento de HD. As dúvidas, questões e preocupações mais frequentes eram muito variáveis e muito específicas. Nos indivíduos ainda em fase ativa, a maior preocupação prendia-se com o horário; para outros com menos de um ano de HD, era a alimentação; para os mais idosos que viviam apenas com o cônjuge, era a preocupação de sobrecarregar o outro pela sua incapacidade. Mas também percebi uma boa capacidade de adaptação à nova realidade, aos bons hábitos alimentares, aos cuidados inerentes ao seu acesso vascular e aos horários do tratamento.

De acordo com Nicola Thomas (2005), a prática avançada e especializada de um enfermeiro da unidade de hemodiálise, passa por combinar de forma cuidadosa as competências, conhecimentos e atitudes do lado técnico/cognitivo (ambiente de trabalho e administração do tratamento ideal) com as competências afetivas necessárias para dar o apoio, aconselhamento e intervenções adequadas e personalizadas a indivíduos que são doentes crónicos.

Notei ao longo de todo o estágio, que o número de enfermeiros era sempre igual e reduzido, mesmo quando tinham elevado número de indivíduos a realizar tratamento e independentemente do seu grau de dependência de cuidados associados ao tratamento (como a hemóstase) e AVD (como a alimentação, locomoção). Isso leva à sobrecarga de trabalho para toda a equipa e alguns atrasos para o turno seguinte, mais notório no turno de indivíduos com maior dependência de cuidados de enfermagem. No entanto, é notória uma boa dinâmica da equipa de enfermagem desta unidade.

Talvez devido ao elevado número de doentes, ao risco de complicações da sessão de HD, e à necessidade de seguir bem os protocolos do tratamento, foi perceptível ainda a predominância do Modelo Biomédico. Porém, alguns elementos da equipa já dedicam já algum tempo para dialogar e conhecer os problemas dos doentes que lhes estão atribuídos, promovendo um cuidar holístico.

Outra atividade desenvolvida neste estágio foi o desenvolvimento do estudo de investigação sobre a adesão ao tratamento, para conhecer o nível e a perceção de adesão ao tratamento da pessoa com DRC em programa de HD e poder ajudar o indivíduo e sua família, e otimizar a prática de enfermagem. Esta atividade será descrita em pormenor no capítulo seguinte do estudo.

Em suma, os objetivos deste estágio foram atingidos pela progressão gradual dos conhecimentos e da prática, como demonstra a avaliação elaborada pela enfermeira orientadora deste estágio em anexo (Anexo 3).

3. ESTUDO SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO DA PESSOA COM DRC EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE

3.1. Contextualização do estudo

A Doença Crónica é definida pela OMS (2014) como uma doença de longa duração e geralmente de progressão lenta. A doença implica uma reorganização, pois as pessoas e famílias têm de aprender a gerir e viver com a doença. A DRC tem vindo a aumentar nas últimas décadas atingindo dimensões significativas (Novais et al, 2009) (Novais et al., 2009).

A Doença Renal Crónica (DRC) é considerada um problema de saúde pública a nível mundial associada ao aumento do risco de morbilidade e mortalidade. Afeta cerca de 10% a 16% da população adulta da Austrália, Ásia, América do Norte e Europa (Coelho, 2015). Portugal destaca-se como o país da Europa que apresenta a maior taxa de incidência e prevalência da DRCT (Coelho et al, 2014; Macário, 2017). Com efeito, tem-se assistido a um aumento do número de indivíduos em TSFR, sendo que a modalidade mais prevalente tem sido a HD (Macário, 2017).

O programa regular de HD implica uma adesão ao regime terapêutico, que inclui a medicação, a dieta, a restrição hídrica e a assiduidade às sessões de HD. A má adesão ao tratamento pode conduzir ao insucesso do tratamento levando a aumento da morbilidade e da mortalidade (Machado et al., 2015).

Assim, cabe aos agentes de saúde criar meios para avaliar a adesão ao tratamento e os fatores relacionados, para orientar a sua intervenção e ajudar a diminuir as co morbilidades. Por isso, a intervenção do enfermeiro não pode descurar a componente relacional e perceber a dificuldade do doente em aderir ao tratamento, ajudando-o a uma melhor adaptação (Machado et al., 2015). Deste modo, este estudo surge no desenvolvimento das competências de enfermeiros especialista e cujo tema reflete um problema atual, relacionado com preocupações humanas, clínicas, sociais ou teóricas (Fortin, 2006).

3.1.1. Questão de investigação e objetivos do estudo

A questão de investigação que motivou o estudo foi: Em que medida a pessoa com DRC em programa regular de HD consegue aderir ao tratamento recomendado?

O estudo pretende responder à questão através dos seguintes objetivos:

- a) Conhecer o nível de adesão ao tratamento da pessoa com DRC em programa de HD;
- b) Relacionar a perceção da adesão ao tratamento da pessoa com DRC com Indicadores de adesão ao tratamento.

3.2. Metodologia

3.2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, de tipo descritivo e correlacional, visando descrever e explorar as relações entre as variáveis que permitem circunscrever o fenómeno estudado (Fortin, 2006).

3.2.2. População e Amostra

A população-alvo foram os doentes renais crónicos em programa regular de HD de uma clínica de HD, com 217 sujeitos. A amostra não probabilística e de conveniência envolveu 60 indivíduos. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos; estar em HD há mais de um ano; e aceitar participar voluntariamente no estudo. Os critérios de exclusão foram: não dominar o idioma português; possuir défice cognitivo ou perturbação do estado mental.

3.2.3. O instrumento de recolha de dados

Utilizamos um questionário com três partes: a primeira com 8 questões de caracterização da amostra (idade, género, estado civil, agregado familiar, tempo de tratamento em HD, tipo de tratamento, preparação das refeições e hábitos tabágicos); a segunda parte incluiu dados do processo clínico (presença de diabetes; medicação

anti-hipertensiva; peso seco no último mês; ganho de peso interdialítico; níveis séricos de potássio, sódio e fosforo pré-diálise dos últimos 3 meses; e Kt/V no último mês); e a terceira parte incluiu as escalas *Renal Adherence Behaviour Questionnaire* (RABQ) e a *Renal Adherence Attitudes Questionnaire* (RAAQ) (Machado et al., 2015) (Anexos 4 e 5). Ambas escalas são do tipo *Likert* de 5 pontos. A RABQ contém 25 itens e avalia o nível de adesão, de acordo com o comportamento dos indivíduos face às restrições do potássio, fosforo, sódio e líquido e a toma da terapêutica. A RAAQ é composta por 26 itens e avalia a atitude do indivíduo em relação às restrições dietéticas e a forma como estas afetam as suas vidas (Machado, 2013).

De forma a adaptar as duas escalas à população portuguesa, cumprimos o processo de adaptação transcultural como refere Guillermin et al (1993) citado por Machado et al. (2015). Uma vez que as escalas se encontravam em o português do Brasil, o autor do estudo procedeu a uma tradução a nível de semântica para o idioma de Portugal. Posteriormente, foi feita análise por especialistas da área de intervenção da nefrologia. Do acordo obtido dos especialistas resultou a versão final das escalas.

Após aprovação do estudo pela clínica de HD, realizou-se o pré-teste. Esta fase envolveu uma pequena amostra com a finalidade de detetar dificuldades de administração e de compreensão das questões (Fortin, 2000). Desta forma, procedeu-se à análise e reajuste da tradução das Escalas e foi aplicado a versão final do questionário (Apêndice 5).

Numa segunda fase, aplicamos a versão final do questionário, entre 3 e 15 de fevereiro de 2017. A duração média foi de 18-20 minutos e o questionário foi administrado pelo menos 15 minutos após início da sessão de HD e 15 min antes do final da mesma. Os sujeitos da amostra foram selecionados pela enfermeira orientadora, respeitando os critérios de inclusão e de exclusão definidos.

3.2.4. Tratamento estatístico

A análise dos dados foi tratada recorrendo ao programa SPSS for Windows® versão 24 e, com nível de significância mínimo $<0,05$. Para analisar a consistência interna das dimensões de ambas as Escalas usadas, RABQ e RAAQ, foi efetuado o cálculo de Alfa de *Cronbach*. Para a estatística descritiva foram utilizadas as medidas tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (amplitude e desvio

padrão). Para a estatística inferencial, foram usados testes paramétricos e não paramétricos: correlações de *Pearson* e de *Spearman*; teste de diferença de médias de *Mann-Whitney* e de variância de *Kruskal-Wallis*.

3.2.5. Considerações éticas

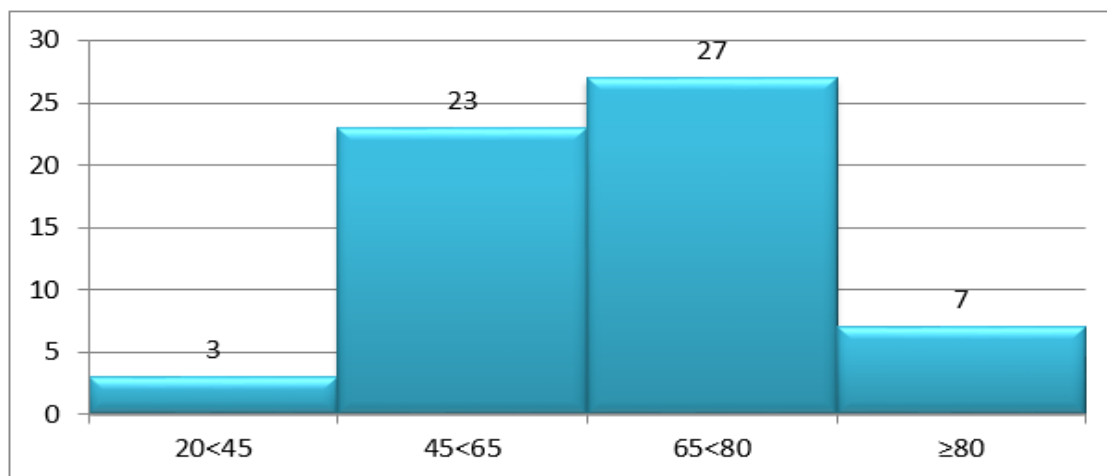
A autora das Escalas RABQ e RAAQ adaptadas à população brasileira autorizou o seu uso. O estudo também foi autorizado pela enfermeira coordenadora nacional e enfermeiro chefe da clínica de HD. Obteve-se ainda o consentimento livre e esclarecido (Apêndice 6) dos indivíduos que colaboraram voluntariamente no estudo.

3.3. Apresentação e discussão de resultados

Neste subcapítulo começou-se por caracterizar a amostra e, depois apresentar e analisar os dados resultantes das variáveis do estudo.

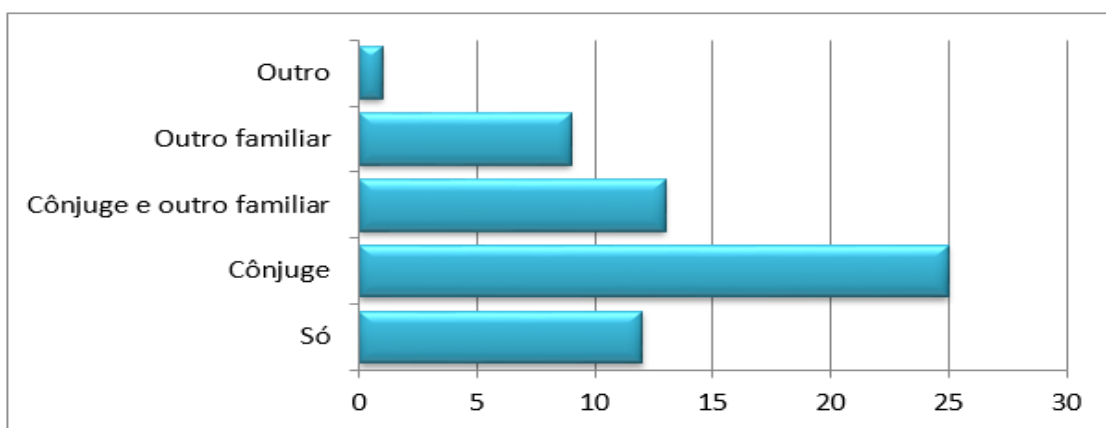
A média etária dos sujeitos do estudo foi de 65,27 anos ($\pm 11,73$ anos), com mediana nos 66 anos e uma amplitude de 51 anos, entre os 39 e os 90 anos de idade. O gráfico 1 mostra que a maioria (34;56,7%) dos sujeitos tem mais de 65 anos e que 7 (11,7%) tem mais de 80 anos de idade. Trata-se de uma população envelhecida, o que é consistente com os dados da SPN (Macário, 2017).

Gráfico 1. Distribuição dos sujeitos por escalões etários



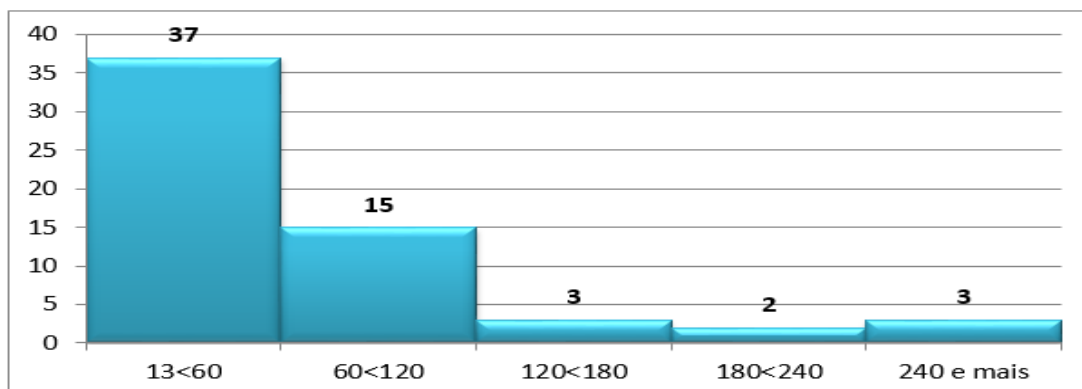
A maioria dos sujeitos era do gênero masculino (35; 58,3%) o que também é consistente com a realidade nacional (59,45%). Quanto ao estado civil a maioria era casado/junto (38;68,3%) havendo 8 viúvos (13,3%), outros 8 solteiros e 6 (10%) divorciados/separados. Relativamente ao agregado familiar observamos que a maioria dos sujeitos (25; 41,7%) vivia com o cônjuge, havendo 12 (20%) que viviam sozinhos (gráfico 2). Os sujeitos vivendo sós podem sentir menos motivação e ter maior dificuldade para aderir à complexidade do tratamento.

Gráfico 2. Distribuição dos sujeitos por composição do agregado familiar



A média de tempo de tratamento em HD era 73,82 meses ($\pm 74,24$), variando entre os 13 e os 360 meses. A maioria dos sujeitos do estudo (37; 61,67%) tinha um tempo de tratamento em HD entre 1 e 5 anos (13 e 60 meses), mas outros 15 (25%) sujeitos tinham entre 5 e 10 anos (61 e 120 meses) de HD (gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição dos sujeitos por tempo de tratamento em HD



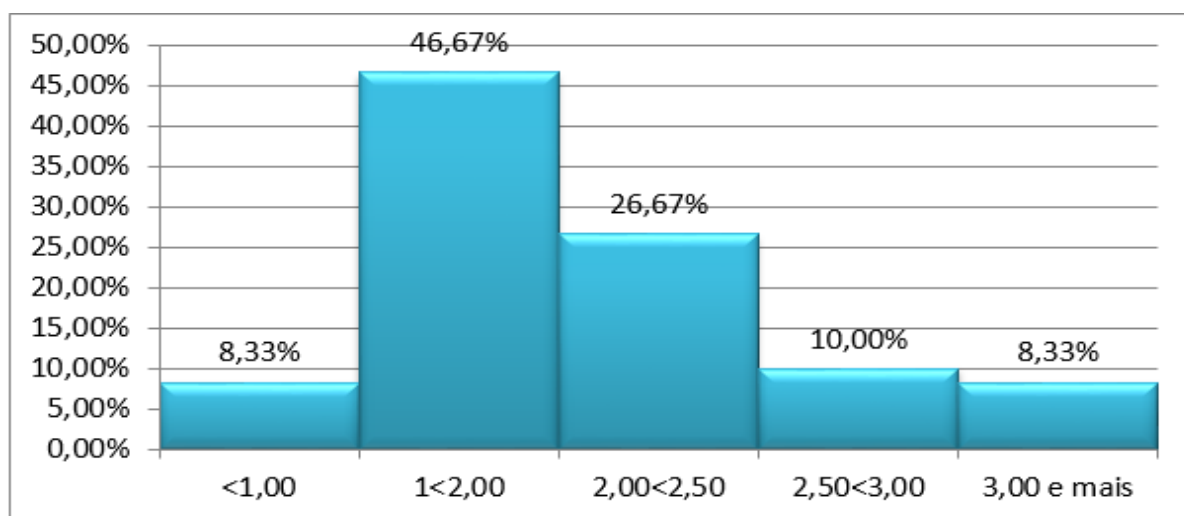
A larga maioria dos sujeitos do estudo (47;78,3%) seguia a modalidade de HD de Alto Fluxo, estando os restantes (13;21,7%) em Hemodiafiltração (HDF). Com efeito, a Hemodiálise Convencional é hoje menos usada e tem sido substituída por alternativas mais eficazes, como a Hemodiálise de Alto Fluxo e a HDF.

A maioria dos sujeitos (32;53,3%) prepara as próprias refeições, mas 18 (30,0%) parece depender do cônjuge para esse efeito. Outros 10 (16,7%) dependem de outros para receber as refeições. A disponibilidade de alguém para confeccionar as refeições pode ser uma preciosa ajuda para aderir ao tratamento e seguir as restrições dietéticas impostas pelo tratamento.

Também se notou que a maioria (56;93,3%) dos sujeitos não tinha hábitos tabágicos e que a maioria (42;70%) não era diabética. Ao contrário, 33 (55%) dos sujeitos cumpriam medicação anti-hipertensiva, dados estes consistentes com os registos da SPN (Macário, 2017) e com a experiência profissional adquirida.

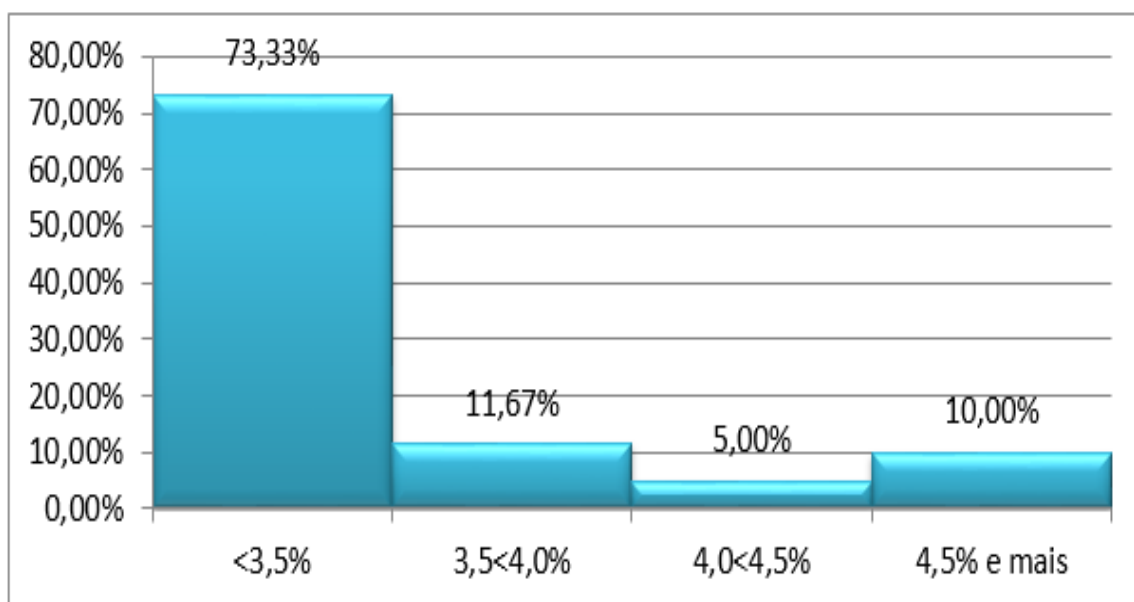
Já em relação ao ganho de peso interdialítico (GPI) notou-se uma média de 1,94 Kg ($\pm 0,74$), variando entre os 0,18 e os 4,03 Kg. Como o gráfico 4 mostra, a maioria (55,01%) dos sujeitos revelou um GPI de até 2 Kg, valor considerado aceitável por vários autores (Denhaerynck et al, 2007; Lindberg M., 2010; Moltó, Roig, & Pastor, 2012; Vennegoor, 2005), embora outros defendam valores inferiores ou então ajustados ao peso seco do doente.

Gráfico 4. Distribuição dos sujeitos pelo GPI em Kg



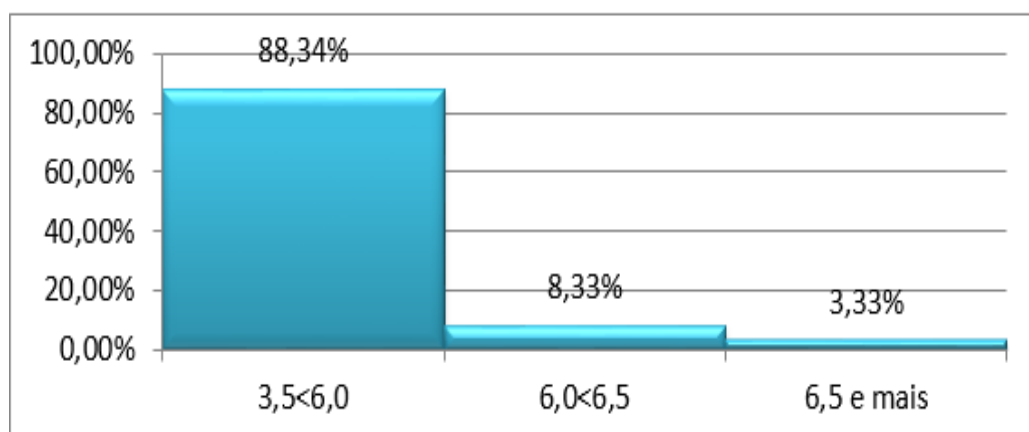
Avaliando o GPI em função da percentagem do peso seco, verificámos que a média de GPI foi de 2,87% ($\pm 1,02$), variando entre 0,34% e 4,92%. A larga maioria (44;73,33%) dos sujeitos apresentou um GPI inferior a 3,5% do peso seco. Houve 9 (15%) sujeitos com um GPI superior a 4% e 6 (10%) com um GPI superior a 4,5% do peso seco (gráfico 5). Este resultado é considerado desejável por Vennegoor (2005), seguindo as diretrizes da EDTNA/ERCA, que defende um GPI de 4% do peso seco. Outros autores como Lindberg (2010) consideram excesso de líquidos um GPI superior a 3,5% do peso seco e Moltó, Roig & Pastor (2012) referem que um GPI inferior a 3% do peso seco pode estar associado à malnutrição.

Gráfico 5. Distribuição dos sujeitos pelo PGI em percentagem do peso seco



O potássio pré-HD dos sujeitos variou entre os 3,50 e os 7,33 mEq/L, com uma média de 5,06 mEq/L ($\pm 0,73$). A larga maioria (53;88,33%) dos sujeitos apresentou um potássio pré-HD entre 3,5 e 6,0 mEq/L e apenas 7 (11,67%) apresentaram níveis superiores a 6,5 mEq/L (gráfico 6). Estes resultados mostram que a maioria dos sujeitos adere à restrição dietética, pois uma hipercalémia inferior a 3,5 mEq/L e superior a 6,5 mEq/L está associada a um aumento da taxa de mortalidade (Daugirdas & Kjellstrand, 2003; Leggat et al., 1998). Já valores superiores a 6,5 mEq/L sujeitam o doente a complicações cardíacas.

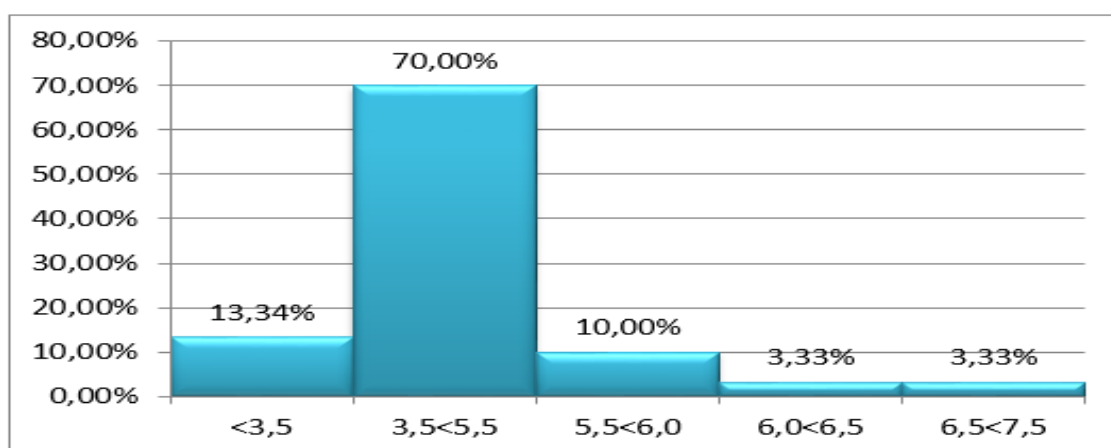
Gráfico 6. Distribuição dos sujeitos pelo nível de potássio sérico pré-HD



O sódio pré-HD dos sujeitos variou entre 134,66 e 145,33 mEq/L, com média nos 139,51 mEq/L ($\pm 2,05$). A maioria (32; 53,33%) dos sujeitos apresentou um nível de sódio pré-HD entre 135 e os 140 mEq/L e 27 (45,0%) apresentou um sódio sérico entre 140 e 145 mEq/L. Apenas 1 (1,67%) sujeito apresentou o sódio acima dos 145 mEq/L. Níveis séricos de sódio superiores a 145 mEq/L aumentam a sede dos doentes e tornam mais difícil a adesão à restrição hídrica.

O nível de fósforo pré-HD variou entre 1,50 e 6,63 mg/dL, com média de 4,58 mg/dL ($\pm 1,03$). A maioria (42; 70,0%) dos sujeitos apresentou um fósforo pré-HD entre 3,5 e 5,5 mg/dL. Mas 8 (13,34%) tinham níveis de fósforo inferiores a 3,5 mg/dL. Só 4 (6,66%) sujeitos tinham níveis de fósforo superiores a 6,0 mg/dL (gráfico 7). Isso significa que a maioria dos sujeitos adere às restrições dietéticas.

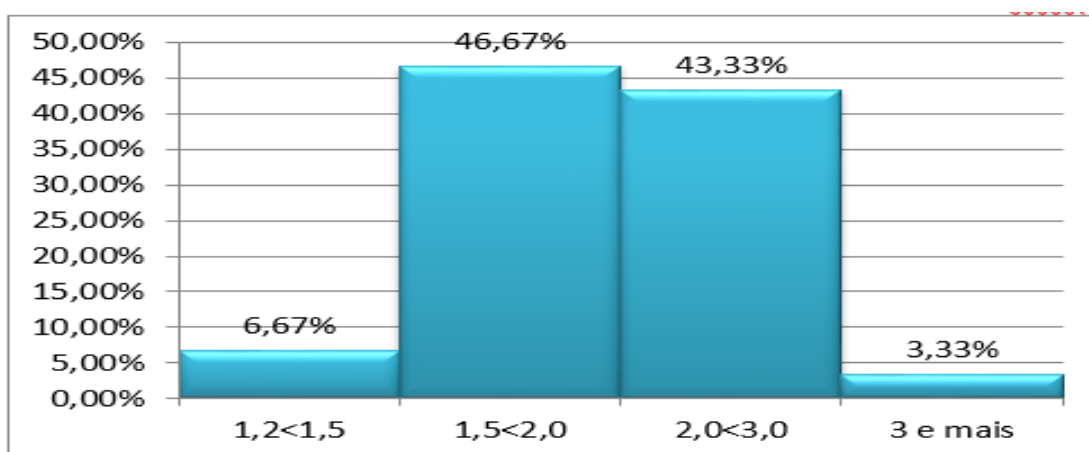
Gráfico 7. Distribuição dos sujeitos pelo nível de fósforo sérico pré-HD



Para Denhaerynck et al. (2007), um nível de fósforo superior a 6,5 mg está associado a um aumento de risco morrer. Roberts (1998) defende que os valores séricos de fósforo não deviam ultrapassar os 6 mg/dl, o que poderia ser conseguido com a ajuda dos fixadores do fósforo. A NephroCare (2006) considera adequado manter o fósforo da dieta entre os 3,5 e os 5,5 mg/dl. E ainda Denhaerynck et al. (2007) consideram que um baixo valor sérico de fósforo pode significar malnutrição.

Os sujeitos do estudo apresentaram uma eficácia dialítica avaliada pelo Kt/V entre 1,38 e 3,51, valores superiores ao mínimo recomendado (1,2) pela NKF (2012). A média situou-se em 2,02 ($\pm 0,43$). Verificámos que 28 (46,66%) sujeitos apresentaram um Kt/V entre 1,5 e 2,0 e que outros 26 (43,33%) revelaram valores entre 2,0 e 3,0. Apenas 2 (3,33%) mostraram um Kt/V superior a 3,0 (gráfico 8).

Gráfico 8. Distribuição dos sujeitos pela eficácia da diálise



A análise da consistência interna da RABQ, através do cálculo do Alfa de Cronbach, resultou fraca (0,298). Com efeito, este resultado é muito diferente dos observados nos estudos de Inês Vieira (2009) e de Inês Machado (2013).

Pelo quadro 1 verifica-se que o nível médio de adesão foi superior ao ponto médio nas dimensões *adesão à restrição de líquidos* (38,63>33), *adesão à restrição de potássio e fósforo* (15,68>15), e na *adesão em momentos difíceis* (19,08>15), sugerindo boa adesão dos sujeitos estudados nestas dimensões. Ao contrário, notou-se que o nível médio de adesão foi inferior ao ponto médio nas dimensões *adesão*

ao autocuidado (5,78<6) e adesão à ingestão de sódio (05,47<6), sugerindo maior dificuldade de adesão nestas dimensões.

Quadro 1: Medidas descritivas das dimensões da escala RABQ

	N	Score Mínimo	Ponto Médio	Score Máximo	Intervalo		Média	SD
					Mínimo	Máximo		
<i>Adesão à Restrição de Líquidos</i>	60	11	33	55	25	45	38,63	4,26
<i>Adesão à Restrição de Potássio e Fósforo</i>	60	05	15	25	11	21	15,68	1,94
<i>Adesão ao Autocuidado</i>	60	02	06	10	02	10	05,78	2,30
<i>Adesão em Momentos Difíceis</i>	60	05	15	25	13	23	19,08	2,47
<i>Adesão à ingestão de Sódio</i>	60	02	06	10	02	10	05,47	1,56

Observou-se que nas dimensões *adesão à restrição de líquidos* (90,0%), *de potássio e fósforo* (54%) e na *adesão em momentos difíceis* (97%) a maioria dos sujeitos apresenta um nível de adesão superior ao score médio. Ao contrário, nas dimensões *adesão ao autocuidado* (32%) e *adesão à ingestão de sódio* (8%), só uma minoria de sujeitos revelou comportamentos de adesão superior ao ponto médio das respectivas dimensões. Estes resultados contrastam com estudos que revelam um comportamento de adesão muito forte especialmente em relação ao controlo do sódio (Cristóvão, 2015). Porém, mostram que os sujeitos parecem estar conscientes da importância de controlar os líquidos.

Desenvolveu-se um estudo correlacional entre algumas das variáveis de caracterização da amostra e a escala RABQ. Analisando o quadro 2 verifica-se que a escala global RABQ está correlacionada de forma significativa, positiva e moderada com cada uma das suas dimensões (correlações entre 0,320 e 0,670 e quase sempre para $p < 0,01$). Também se verificou que os comportamentos de *adesão à restrição de potássio e fósforo* estavam significativamente e positivamente correlacionados com os comportamentos de *adesão em momentos difíceis* (0,269; $p < 0,05$). Estes resultados sugerem uma boa correlação entre as várias dimensões da escala RABQ e que à medida que os sujeitos adotam mais comportamentos de adesão

relativamente à restrição de potássio e de fósforo, também tendem a enfrentar melhor os momentos difíceis. Curiosamente, isso não se verificou em relação à restrição hídrica.

Em relação às variáveis de caracterização da amostra, constatou-se que o Ganho de Peso Interdialítico (GPI) avaliado em Kg estava forte e significativamente correlacionado com o GPI em percentagem do peso seco (0,752; $p < 0,01$), o que justifica o uso do GPI (%PS) como medida de avaliação da adesão. Também se notou que o nível sérico de sódio pré-HD estava correlacionado de forma significativa e negativa, com o GP Kg (-0,453; $p < 0,01$) e com o GPI %PS (-0,384; $p < 0,01$), o que pode significar que quanto maior o GPI menor o sódio sérico, por efeito de hemodiluição. Como em outros estudos (Cristóvão, 2015) os níveis séricos de potássio e de fósforo pré-HD surgem correlacionados de forma positiva e significativa (0,335; $p < 0,01$), sugerindo que quem gere bem as restrições do potássio também gere bem o fósforo. A correlação significativa e negativa entre o potássio pré-HD e os comportamentos de *adesão para restringir o potássio e o fósforo* (-0,329; $p < 0,01$) sugere que menores níveis séricos desses elementos estão correlacionados com melhores comportamentos de adesão.

Curiosamente o nível de sódio pré-HD surgiu correlacionado de forma significativa e negativa com o score total da escala RABQ (-0,318; $p < 0,05$) mas não com a dimensão dos comportamentos de *adesão à restrição de líquidos*. O nível de fósforo pré-HD surgiu correlacionado de forma significativa e positiva com os comportamentos de *adesão ao autocuidado* (0,279; $p < 0,05$), o que pode significar que os sujeitos com maiores níveis de fósforo são aqueles que melhor se alimentam, pois o fósforo encontra-se em muitos alimentos da dieta comum (pão, leite e derivados, carne, peixe e ovos).

Quadro 2. Correlações entre variáveis de caracterização da amostra e a escala RABQ

Correlações de Spearman (rho)	GPI Kg	GPI %PS	K Pré-HD	Na Pré-HD	P Pré-HD	Kt/V	Total RABQ	Adesão Restrição Líquidos	Adesão Restrição K e P	Adesão Autocuidado	Adesão Momentos Díficeis	Adesão Ingestão Sódio
GPI (Kg)	-	,752**	,255*	-,453**	,024	-,135	,064	-,042	,047	-,050	,093	,025
GPI (%PS)		-	,256*	-,384**	,042	,302*	-,006	,005	-,042	-,184	,074	,162
Potássio Pré-HD			-	-,128	,335**	-,071	-,123	-,058	-,329*	-,152	,235	-,026
Sódio Pré-HD				-	,059	-,046	-,318*	-,240	-,009	-,214	-,115	-,129
Fósforo Pré-HD					-	-,190	,026	-,107	-,236	,279*	,091	,035
KT/V						-	-,119	,028	-,100	-,317*	,068	,153
Total RABQ							-	,670**	,332**	,519**	,410**	,320*
Adesão à Restrição de Líquidos								-	-,074	,240	-,019	,023
Adesão à Restrição de Potássio e Fósforo									-	-,062	,269*	,058
Adesão ao Autocuidado										-	-,036	,182
Adesão em Momentos Díficeis											-	,104
Adesão à Ingestão de Sódio												-

** Correlação significativa no nível 0,01 (bilateral)

* Correlação significativa no nível 0,05 (bilateral)

Analisou-se de seguida os resultados da aplicação da escala RAAQ que tem 26 itens e que avalia as atitudes dos sujeitos acerca das restrições alimentares e hídricas e a forma como essas restrições afetam as suas vidas.

A análise da consistência interna da RAAQ resultou forte (0,811) e mostrou um padrão de moderada confiabilidade traduzido nos resultados para as seguintes dimensões: *Atitudes frente às restrições sociais* (0,697); *Atitudes em relação ao bem-estar* (0,744); *Atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar* (0,526); e *Aceitação* (0,751). Estes resultados aproximam-se aos observados nos estudos de Inês Vieira (2009) e de Inês Machado (2013).

Verificou-se que o nível médio de atitudes foi superior ao ponto médio de todas as dimensões da escala RAAQ (quadro 3): *atitudes frente às restrições sociais* (29,02>24); *atitudes em relação ao bem-estar* (43,30>33); *atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar* (15,07>12); e atitudes de *aceitação* (39,23>24). Observou-se que em todas as dimensões a maioria dos sujeitos apresentou uma atitude favorável: *atitudes frente às restrições sociais* (81,67%); *atitudes em relação ao bem-estar* (85,00%); *atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar* (73,33%); e atitudes de *aceitação* (95,00%). Estes resultados são consistentes com os estudos de Inês Vieira (2009) e de Inês Machado (2013)

Quadro 3. Medidas descritivas das dimensões da escala RAAQ

	N	Score Mínimo	Ponto Médio	Score Máximo	Intervalo		Média	SD
					Mínimo	Máximo		
<i>Atitudes frente às restrições sociais</i>	60	08	24	40	12	39	29,02	6,393
<i>Atitudes em relação ao bem-estar</i>	60	11	33	55	24	52	43,30	7,148
<i>Atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar</i>	60	04	12	20	06	18	15,07	3,419
<i>Aceitação</i>	60	11	24	55	19	50	39,23	7,954

Ao analisar as correlações entre as variáveis de caracterização da amostra e a escala RAAQ e suas dimensões notou-se que (quadro 4): a idade estava correlacionada positiva e significativamente coma dimensão *atitudes frente às restrições sociais*

(0,285; $p < 0,01$), sugerindo que, com o aumento da idade, a pessoa tende a ter uma atitude mais favorável relativamente às restrições sociais; o tempo de tratamento estava negativa e significativamente correlacionado com a escala global da RAAQ (-0,280; $p < 0,01$), com as dimensões *atitudes em relação ao bem-estar* (-0,325; $p < 0,01$); *atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar* (-0,303; $p < 0,01$); e atitudes de *aceitação* (-0,314; $p < 0,01$), o que sugere que à medida que o tempo de tratamento aumenta os sujeitos têm uma atitude menos favorável em relação a essas dimensões, o que pode ser explicado pela maior probabilidade de ocorrerem complicações associadas ao tratamento.

Quadro 4. Correlações entre variáveis de caracterização da amostra e a escala RAAQ

Correlações de Spearman (ρ)	Total RAAQ	<i>Atitudes frente às restrições sociais</i>	<i>Atitudes em relação ao bem-estar</i>	<i>Atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar</i>	<i>Aceitação</i>
Idade	0,205	0,285*	0,138	-0,118	0,251
Tempo de tratamento	-0,208*	0,023	-0,325*	-0,303*	-0,314*
GPI (Kg)	-0,095	-0,152	-0,064	0,031	-0,106
GPI (%PS)	-0,141	-0,125	-0,167	-0,097	-0,133
Potássio Pré-HD	-0,001	0,26	-0,090	0,100	-0,255*
Sódio Pré-HD	-0,065	0,181	-0,142	-0,154	-0,031
Fósforo Pré-HD	-0,039	0,096	-0,011	0,106	-0,123
KT/V	0,028	0,080	-0,035	-0,254	0,072
Total RAAQ	-	0,615**	0,925**	0,325**	0,890**

** Correlação significativa no nível 0,01 (bilateral)

* Correlação significativa no nível 0,05 (bilateral)

A dimensão *aceitação* estava significativa e negativamente correlacionada com o nível de potássio sérico pré-HD (-0,255; $p < 0,01$) o que sugere que à medida que os sujeitos mais aceitam o tratamento menor é o nível sérico de fósforo pré-HD. Também notou-se que a escala global RAAQ estava significativamente e positivamente correlacionada com as suas várias dimensões: *atitudes frente às restrições sociais* (0,615; $p < 0,01$); *atitudes em relação ao bem-estar* (0,925; $p < 0,01$); *atitudes em relação*

ao autocuidado e suporte familiar (0,325; $p<0,01$); e atitudes de aceitação (0,890; $p<0,01$).

Quadro 5. Correlações entre a escala RABQ e RAAQ

Correlações de Pearson (r)	Total RAAQ	Atitudes frente às restrições sociais	Atitudes em relação ao bem-estar	Atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar	Aceitação
Escala RABQ	0,573**	0,129	0,616**	0,522**	0,533**
Adesão à Restrição de Líquidos	0,598**	0,160	0,631**	0,421**	0,602**
Adesão à Restrição de Potássio e Fósforo	0,056	-0,180	0,096	0,217	0,053
Adesão ao Autocuidado	0,251	-0,034	0,299*	0,332*	0,321*
Adesão em Momentos Difíceis	0,150	0,158	0,149	0,178	-0,018
Adesão à Ingestão de Sódio	0,210	0,158	0,190	0,105	0,183

** Correlação significativa no nível 0,01 (bilateral)

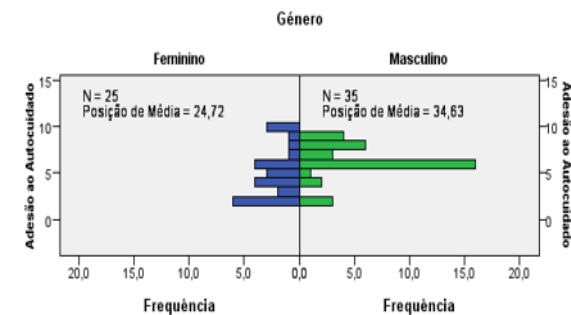
* Correlação significativa no nível 0,05 (bilateral)

Correlacionando as escalas RABQ e RAAQ nas suas dimensões notou-se que (quadro 5): a escala RABQ estava correlacionada positiva e significativamente com a escala RAAQ (0,573; $p=0,01$) e com as dimensões da RAAQ: *atitudes em relação ao bem-estar* (0,616; $p<0,01$); *atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar* (0,522; $p=0,01$); e *aceitação* (0,533; $p=0,01$). A dimensão da escala RABQ, *adesão à restrição de Líquidos* estava correlacionada positiva e significativamente com as dimensões da RAAQ: *atitudes em relação ao bem-estar* (0,631; $p<0,01$); *atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar* (0,421; $p=0,01$); e *Aceitação* (0,602; $p=0,01$). E que a dimensão *adesão ao Autocuidado* da escala RABQ, estava positiva e significativamente correlacionada com as dimensões *atitudes em relação ao bem-estar* (0,299; $p<0,05$); *atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar* (0,332; $p=0,05$); e *aceitação* (0,321; $p=0,05$) da RAAQ.

Utilizando o teste U de *Mann-Whitney* para amostras independentes (figura 1 e 2) foi testado o nível de comportamentos de adesão da escala global RABQ e por

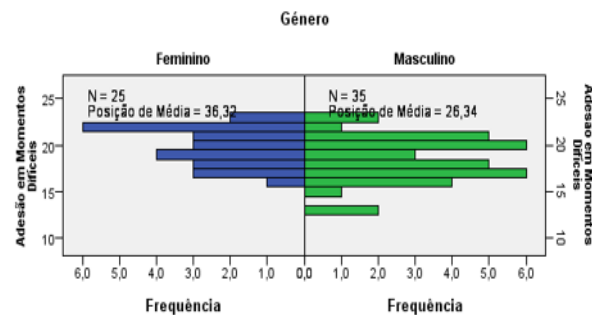
dimensões em função do gênero e concluiu-se que apenas havia diferença significativa em relação ao gênero nas dimensões *adesão ao autocuidado* ($U=-2,216$; $p=0,027$) e *adesão em momentos difíceis* ($U=2,199$; $p=0,028$). Estes resultados fazem supor que os homens têm mais comportamentos de adesão em relação ao autocuidado que as mulheres ($\text{♂}=34,63$; $\text{♀}=24,72$), talvez devido ao apoio feminino; e que as mulheres têm mais comportamentos de adesão em momentos difíceis ($\text{♂}=26,34$; $\text{♀}=36,32$).

Figura 1. Distribuição do gênero por comportamentos de adesão ao autocuidado (RABQ).



N total	60
U de Mann-Whitney	293,000
Wilcoxon W	618,000
Estatística de teste	293,000
Erro padrão	65,207
Estatística de Teste Padronizado	-2,216
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,027

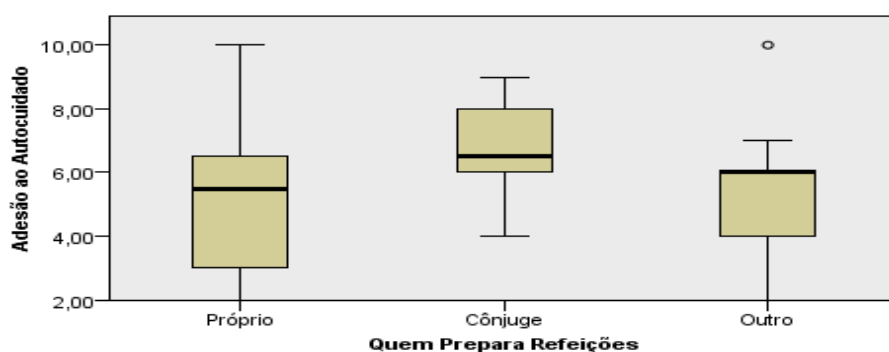
Figura 2. Distribuição do gênero por comportamentos de adesão em momentos difíceis (RABQ).



N total	60
U de Mann-Whitney	583,000
Wilcoxon W	908,000
Estatística de teste	583,000
Erro padrão	66,180
Estatística de Teste Padronizado	2,199
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,028

Também pela utilização do teste *Mann-Whitney* verificou-se que os comportamentos de adesão não diferiam significativamente em função do tipo de tratamento (HD ou HDF). Quando se usou o teste de *Kruskal-Wallis*, para testar se havia diferenças nos comportamentos de adesão da escala RABQ, em função da variável “Quem prepara as refeições” (figura 3), concluiu-se que apenas em relação à dimensão *adesão ao autocuidado* havia diferença significativa ($H=6,018$; $gl=2$; $p=0,49$), sendo que o nível de adesão aumentava significativamente quando era o cônjuge a preparar as refeições.

Figura 3. Distribuição de variável quem prepara as refeições por comportamentos de adesão ao autocuidado (RABQ)



N total	60
Estatística de teste	6,018
Graus de liberdade	2
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,049

Da mesma forma, testou-se a relação entre os comportamentos de adesão avaliados pela RABQ e o facto de ser ou não diabético (figura 4). Verificou-se que apenas em relação à dimensão adesão à restrição de líquidos havia diferença significativa ($U = -2,623$; $p = 0,009$), tendo os diabéticos uma média de comportamentos de adesão superior (39,47) aos não diabéticos (26,65).

Utilizando o teste Mann-Whitney, apurou-se não haver qualquer relação significativa entre a escala atitudes RAAQ e as variáveis género, tipo de tratamento, quem prepara as refeições e ser fumador. Porém, concluiu-se que ser diabético mostrava uma atitude mais favorável em relação ao bem-estar ($U = -1,964$; $p = 0,049$) (figura 5). Este resultado sugere que os diabéticos podem ter uma atitude mais responsável e adequada à aceitação do tratamento, pois as médias de atitudes dos diabéticos são superiores aos não diabéticos ($37,25 > 27,61$).

Figura 4. Distribuição de variável ser diabético por comportamento de *adesão à restrição de líquidos* (RABQ)

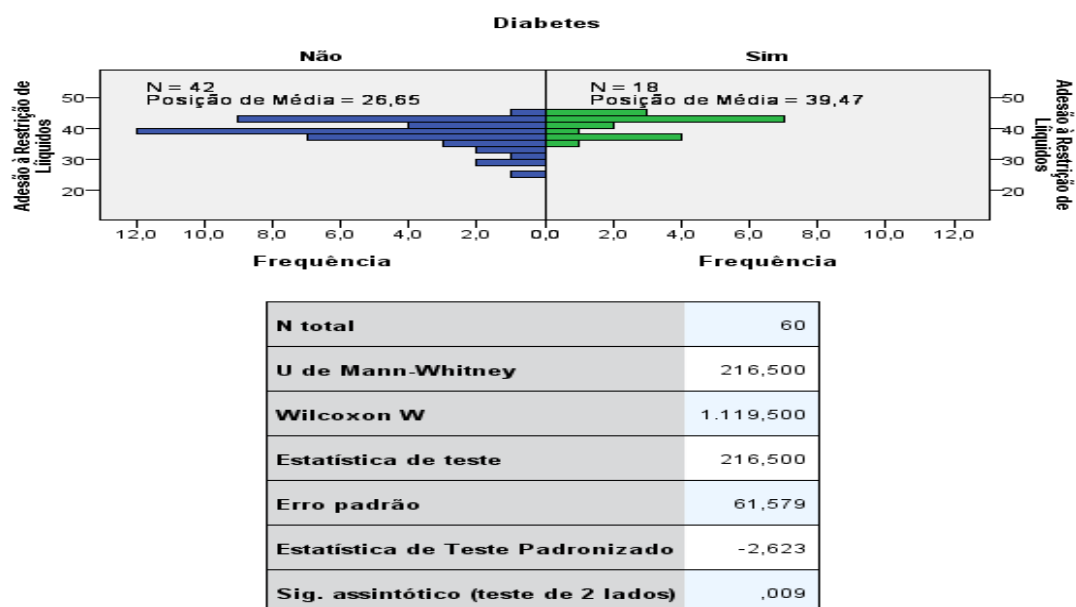
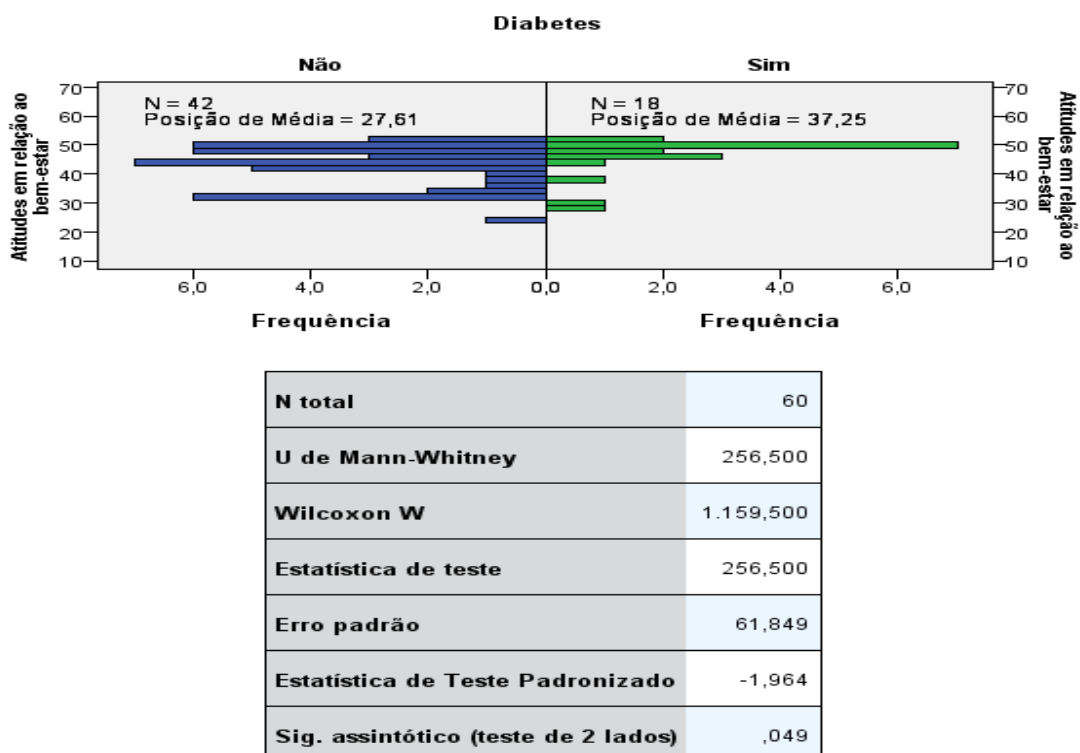


Figura 5. Distribuição de variável ser diabético por comportamento de *adesão à restrição de líquidos* (RABQ)



3.4. Conclusões do estudo

Do desenvolvimento do presente estudo podemos concluir que os sujeitos estudados se caracterizam por constituir uma população idosa, maioritariamente masculina e casada. Cerca de 63% dos sujeitos viviam com o cônjuge, ou com o cônjuge e outro familiar, embora 20% vivessem sozinhos, o que não favorece a adesão ao tratamento. A maioria (78%) dos sujeitos estava em programa regular de HD seguindo a modalidade de HD de Alto Fluxo, sendo os restantes tratados por HDF.

Percebemos que a maioria (53%) dos sujeitos prepara as próprias refeições, mas 30% beneficia do apoio do cônjuge para esse efeito. A grande maioria (93%) dos sujeitos não é fumadora e não é diabética (70%), embora 55% cumpre tratamento anti-hipertensivo.

Em relação ao ganho de peso interdialítico, verificámos que a maioria dos sujeitos (55%) tinha um GPI até 2 Kg, embora 8,3% apresentasse um GPI inferior a 1 kg e outros 8,3% apresentasse um ganho superior a 3 Kg. Quando avaliado em percentagem do peso seco, o GPI variou entre 0,34 e 4,92%, sendo que a maioria (73%) dos sujeitos apresentou um ganho inferior a 3,5% do peso seco e só 6% excedeu os 10%.

Em relação aos níveis séricos de potássio, a larga maioria (88,33%) dos sujeitos apresentou um potássio pré-HD entre 3,5 e 6,0 mEq/L, revelando boa adesão ao tratamento, e apenas 7 (11,7%) apresentaram níveis superiores a 6,5 mEq/L, correndo risco de complicação cardíaca. A maioria (70%) dos sujeitos apresentou um fósforo sérico pré-HD entre 3,5 e 5,5 mg/dL, embora 13,34% apresentasse níveis de fósforo inferiores a 3,5 mg/dL,, o que pode sugerir má nutrição, e 6,7% dos sujeitos apresentasse níveis de fósforo superiores a 6,0 mg/dL, revelando má adesão. Também a maioria (53%) dos sujeitos apresentou um nível de sódio pré-HD entre 135 e os 140 mEq/L, revelando condições para bom controlo da restrição hídrica.

Da aplicação da Escala *Renal Adherence Behaviour Questionnaire* (RABQ) concluímos uma fraca consistência interna (0,298). Porém, os sujeitos mostraram-se aderentes ao tratamento nas dimensões: *adesão à restrição de líquidos; adesão à restrição de potássio e fósforo; e na adesão em momentos difíceis*. Ao contrário,

notou-se deficiente adesão nas dimensões *adesão ao autocuidado* e *adesão à ingestão de sódio*, sugerindo maior dificuldade de adesão nestas dimensões.

Da aplicação da Escala *Renal Adherence Attitudes Questionnaire* (RAAQ) resultou uma boa consistência interna (0,811) e uma elevada confiabilidade das suas dimensões. Notou-se uma atitude favorável em todas as dimensões da escala: *atitudes frente às restrições sociais*; *atitudes em relação ao bem-estar*; *atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar*; e *atitudes de aceitação*.

O estudo correlacional mostrou que a escala RABQ está correlacionada de forma significativa, positiva e moderada com cada uma das suas dimensões (correlações entre 0,320 e 0,670 e quase sempre para $p < 0,01$). Também se observou que os comportamentos de *adesão à restrição de potássio e fósforo* estavam significativamente e positivamente correlacionados com os comportamentos de *adesão em momentos difíceis* (0,269; $p < 0,05$). Estes resultados sugerem uma boa correlação entre as várias dimensões da escala RABQ e que à medida que os sujeitos adotam mais comportamento de adesão relativamente à restrição de potássio e de fósforo, também tendem a enfrentar melhor os momentos difíceis. Curiosamente, isso não se verificou em relação à restrição hídrica.

Constatou-se que o Ganho de Peso Interdialítico (GPI) avaliado em Kg estava forte e significativamente correlacionado com o GPI em percentagem do peso seco (0,752; $p < 0,01$), o que justifica o uso do GPI-%PS como medida de avaliação da adesão. Também se observou que o nível sérico de sódio pré-HD estava correlacionado de forma significativa e negativa, com o GPI-Kg (-0,453; $p < 0,01$) e com o GPI-%PS (-0,384; $p < 0,01$), o que pode significar que quanto maior o GPI menor o sódio sérico, por efeito de hemodiluição. A correlação significativa e negativa entre o potássio pré-HD e os comportamentos de *adesão para restringir o potássio e o fósforo* (-0,329; $p < 0,01$) sugere que menores níveis séricos desses elementos estão correlacionados com melhores comportamentos de adesão. O nível de fósforo pré-HD surgiu correlacionado de forma significativa e positiva com os comportamentos de *adesão ao autocuidado* (0,279; $p < 0,05$), o que pode significar que os sujeitos com maiores níveis de fósforo são aqueles que melhor se alimentam, pois o fósforo encontra-se em muitos alimentos da dieta comum (pão, leite e derivados, carne, peixe e ovos).

Analisando as correlações entre as variáveis de caracterização da amostra e a escala RAAQ e suas dimensões notou-se que: a idade estava correlacionada positiva e significativamente com a dimensão *atitudes frente às restrições sociais* (0,285; $p < 0,01$), o que sugere que com o aumento da idade a pessoa tende a ter uma atitude mais favorável relativamente às restrições sociais; o tempo de tratamento estava negativa e significativamente correlacionado com a escala global da RAAQ (-0,280; $p < 0,01$) e com as dimensões *atitudes em relação ao bem-estar* (-0,325; $p < 0,01$); *atitudes em relação ao autocuidado e suporte familiar* (-0,303; $p < 0,01$); e *atitudes de aceitação* (-0,314; $p < 0,01$), o que sugere que à medida que o tempo de tratamento aumenta os sujeitos têm uma atitude menos favorável em relação às dimensões descritas, o que pode ser explicado pela maior probabilidade de ocorrerem complicações associadas ao tratamento.

Da estatística inferencial concluiu-se haver diferença significativa em relação ao gênero nas dimensões *adesão ao autocuidado* ($p = 0,027$) e *adesão em momentos difíceis* ($p = 0,028$). Estes resultados fazem supor que os homens têm mais comportamentos de adesão ao autocuidado que as mulheres, talvez devido ao apoio feminino; e que as mulheres têm mais comportamentos de adesão em momentos difíceis. Também se verificou que os comportamentos de adesão não diferiam significativamente em função do “Tipo de tratamento” (HD ou HDF). Porém, concluiu-se que apenas em relação à dimensão *adesão ao autocuidado* havia diferença significativa ($p = 0,49$), sendo que o nível de adesão aumentava significativamente quando era o cônjuge a preparar as refeições. Da mesma forma, notou-se que os diabéticos eram significativamente ($p = 0,009$) mais aderentes em relação à dimensão *adesão à restrição de líquidos*, do que os não diabéticos. Finalmente, concluiu-se que os diabéticos tinham uma atitude significativamente ($p = 0,49$) em relação ao bem-estar mais favorável que os não diabéticos.

Acredito que estes resultados ajudam a melhor compreender o fenómeno da adesão ao regime terapêutico e apontam para a necessidade de os enfermeiros equacionarem intervenções que promovam a adesão ao tratamento nas pessoas com DRC em programa regular de HD.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório retrata o percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo dos diversos campos de estágio que promoveram o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista. Apresenta-se como o término de um caminho, onde o trabalho, perseverança, o compromisso, a motivação e a reflexão foram conceitos que constituíram um alicerce importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a aquisição de competências necessárias para Enfermeira Especialista na Área Medico Cirúrgica, Área de Intervenção Enfermagem Nefrológica, com atribuição de Grau de Mestre ao retratar a competência de investigação.

Ao longo do meu percurso enquanto profissional de saúde, a minha área de intervenção foi a vertente do indivíduo com DRC num contexto de internamento, na qual desenvolvi o gosto e interesse por esta área de intervenção. Aprendi especificidades do indivíduo com DRC, bem como o acompanhamento em todo o seu processo de diagnóstico e fases agudas da doença, e a lidar com a família do indivíduo. A escolha dos locais para realização deste processo de desenvolvimento de competências, recaiu em locais onde pudesse ter a oportunidade de conhecer e conhecer uma realidade diferente do indivíduo com DRC e sua família, com vista a uma prática clínica especializada. Realço a oportunidade de estagiar em unidades de hemodiálise hospital e em contexto extra-hospitalar, que permitiu conhecer realidades diferentes, pois num contexto hospitalar predominam situações de urgência e de instabilidade hemodinâmica. No entanto, ambos os contextos foram importantes neste percurso de aprendizagem.

Para a concretização deste relatório, apoiei-me nos meus conhecimentos e na prévia experiência profissional na área de intervenção (embora valência diferente), nos conhecimentos adquiridos, pesquisados e aprofundados em contexto de prática clínica especializada, bem como nas intervenções adotadas em situações específicas ao longo dos estágios. Na reflexão e análise crítica das atividades desenvolvidas, mostrei ter atingido os objetivos e adquirido as competências de enfermeira especialista gerais preconizadas pela OE (2010) junto com as competências do enfermeiro de nefrologia recomendadas pela EDTNA/ERCA (2007).

O estudo de investigação baseado numa problemática da área de intervenção de Nefrologia, e a pesquisa bibliográfica efetuada neste processo, reforçaram a importância da educação e formação permanente como alicerce do desempenho profissional enquanto agentes educadores para atingir a excelência de cuidados prestados. Em jeito de consideração, fazendo a ligação com a temática do estudo: *Adesão ao Tratamento da pessoa com DRC em programa de HD*, saliento a intervenção do enfermeiro para avaliar a adesão ao tratamento e os fatores relacionados, para orientar a sua intervenção, ajudando o indivíduo a adaptar-se e aderir ao tratamento, capacitando-o para ser um verdadeiro agente de autocuidado, como defende Orem (1980).

Este desafiante processo de aquisição de competências nesta área específica, ajudou-me a adotar uma prática de enfermagem mais reflexiva, a melhorar a prestação de cuidados aos indivíduos e à família nesta área específica de intervenção, promovendo cuidados mais individualizados e de excelência, baseados na evidência científica.

Como aspetos facilitadores do meu processo de aprendizagem e aquisição de competências, destaco a forma atenciosa e hospitaleira como que fui recebida nos diversos campos de estágios, que facilitou a integração. A frisar também as Enfermeiras Especialistas que foram minhas orientadoras por toda a partilha de experiência como peritas na área, como fator facilitador neste percurso e, a ajuda e disponibilidade do professor orientador.

Como dificuldade sentida ao longo deste percurso, realço a dificuldade em gerir e conjugar os horários do estágio com os horários profissionais, colmatada com elevado esforço e capacidade de organização. A outra dificuldade, foi relacionada com o trabalho de investigação, e especificamente no processo de recolha e análise de dados pelo programa SPSS do Windows® pela inexperiência em trabalhar com o mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Borba, C., & Al, E. (2015). Adesão ao tratamento hemodialítico: percepção dos pacientes renais crônicos*. *Programa de Residência de Enfermagem Em Nefrologia Do Hospital Barão de Lucena*, 20(3), 540–547.
- Castro, E., & Gross, C. (2013). Percepção Sobre a Doença Renal Crônica De Pacientes Em Hemodiálise : Revisão Sistemática. *Salud & Sociedad*, 4(1), 70–89.
- Castro, M. (2001). Atualização em diálise: Complicações agudas em hemodiálise, v(2), 108–113.
- Coelho, A. C. (2015). *Farmacologia e Doença Renal no Doente Geriátrico*. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Lisboa.
- Coelho, A., Diniz, A., Hartz, Z., & Dussault, G. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 69–79. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.03.001>
- Coronel, F., Montenegro, J., Selgas, R., Celadilla, O., & Tejuca, M. (2006). *Manual Prático de Diálise Peritoneal*. Algés: Revisfarma Edições Médicas.
- Cristóvão, A. F. (2015). Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 68(6), 1154–1162.
- Daugirdas, J., & Kjellstrand, C. (2003). Prescrição de hemodiálise crónica: uma abordagem da cinética da ureia. In J. Daugirdas, P. Blake, & T. Ing (Eds.), *Manual de Diálise* (3ª Edição, p. 174 p.). Medsi.
- Denhaerynck, K., Manhaev, D., Dobbels, F., Garzoni, D., Nolte, C., & Geest, S. De. (2007). C n h r. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 222–236.

- Denhaerynck, K., Manhaeve, D., Dobbels, F., Garzoni, D., Nolte, C., & Geest, S. De. (2007). Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American Journal of Critical Care*, 16(3), pp.223-234.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012)*.
- EDTNA/ERCA. Nephrology Nurse Profile (2000).
- EDTNA/ERCA. (2007). Competency Framework. *Education Board of EDTNA/ERCA and ENRCA*.
- Ferreira, A. (2003). Hemodiálise de alto fluxo. Será que vale a pena? *Portuguese Journal of Nephrology and Hypertension*, 17(3), 121–127. Disponível em: http://www.spnefro.pt/RPNH/n3_2003.asp.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência (2ª Edição). Loures.
- Fortin, M. (2006). Capítulo 4: A escolha do tema de estudo e a questão preliminar. In Lusodidacta (Ed.), *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (p. 595).
- Fresenius Medical Care. (2011). *Manual de hemodiálise para enfermeiros*. (Fresenius Medical Care, Ed.). Lisboa: Edições Almedina.
- Garcia, D. L. (2008). *Nefrología clínica*. (S. L. formación continuada logoss, Ed.) (8ª Edicao). Gráficas La Paz de Torredonjimeno, s.L.
- GID. (2014). Prevenção secundária e terciária da DRC: Plataforma Integrada de Gestão Integrada da Doença. Acedido em 07-07-2016. Disponível em: <http://gid.min-saude.pt/drc/index.php?id=4>
- Gusmão, J. L., & Mion-Jr, D. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens*, 13(1), 23–25. Disponível em: http://www.deciomion.com.br/medicos/artigos/artigos_decio/Adesao_ao_tratamento_www-deciomion-com-br.pdf

Gutch, C. F., Stoner, M. H., & Corea, A. L. (1993). *Review of Hemodialysis for Nurses and Dialysis Personnel* (5ª Edição). St. Louis: Mosby.

Internacional Council of Nurses (ICN). (2006). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN). *Encyclopedia of Nursing Research*. Genebra: ICN. Disponível em:
<http://www.icn.ch/what-we-do/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>

Kammerer, J., Garry, G., Hartigan, M., Carter, B., & Erlich, L. (2007). Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 34(5), 479–86. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18041450>

Leggat, J. E., Orzol, S. M., Hulbert-Shearon, T. E., Golper, T. A., Jones, C. A., Held, P. J., & Port, F. K. (1998). Noncompliance in Hemodialysis: Predictors and Survival Analysis. *American Journal of Kidney Diseases*.
<https://doi.org/10.1053/ajkd.1998.v32.pm9669435>

Lindberg, M. (2010). *Excessive Fluid Overload among Haemodialysis Patient Prevalence, Individual Characteristics and Self-regulation of Fluid Intake*. Faculty of Medicine.

Macário, F. (2013). Considerações Finais: Relatório Gabinete de Registo da SPN. Tratamento Substitutivo da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal. Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

Macário, F. (2016). Relatório do Gabinete de Registo da SPN. Tratamento Substitutivo da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal. *Encontro Renal 2016*. Vilamoura: Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Disponível em:
[http://www.bbq01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO_DRC2016.p
df](http://www.bbq01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO_DRC2016.pdf)

Macário, F. (2017). Relatório Gabinete de Registo da SPN. Tratamento Substitutivo da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal. *Encontro Renal 2017*. Vilamoura: Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

- Machado, I., Bandeira, M. B., Pinheiro, H., & Dutra, N. (2015). Adaptação transcultural de escalas de aderência ao tratamento em hemodiálise : Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ) e Renal Adherence Attitudes Questionnaire (RAAQ) Transcultural adaptation of scales for treatment adherence in hemodialysis : *Cad. Saúde Pública*, 31(10), 2093–2098.
- Machado, I. M. de J. (2013). *Adaptação Transcultural para o Brasil de duas Escalas de Aderência de Pacientes à Hemodiálise*. Universidade Federal de São João del-Rei. Tese de Mestrado em Psicologia. Brasil. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Madeiro, A., Machado, P., Bonfim, I., Braqueais, A., & Lima, F. (2010). Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 23(4), 546–551. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000400016>
- Maldaner, C., Beuter, M., Bubó, M., & Pauletto, M. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: O doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm*, 29(4), 647–653.
- Malhadas, H. J. (2003). Cuidados de enfermagem ao doente submetido a diálise peritoneal. *Nursing*, Nº173, p.30-34.
- Malhadas, H. J. (2005, January). Consulta de Enfermagem e Ensino ao doente. *Nursing*, nº 195, 41–43.
- Marriner-Tomey, A. (1994). Modelos y Teorías en Enfermería. In *Modelos y teorías en enfermería*. (3rd ed., p. 530). Madrid: Mosby/Doyma Libros.
- Ministério da Saúde. Manual de Boas Práticas de Hemodiálise (2000). Retrieved from http://gid.min-saude.pt/publicacoes/le/manual_boas_praticas_hemodialise.pdf
- Moltó, I., Roig, L., & Pastor, &. (2012). Prevalencia de la adhesión a la restricción de líquidos en pacientes renales en hemodiálisis: Indicador objetivo y adhesión percibida. *Nefrologia*, 32(4), 477–485. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Feb.11236>

- Nephrocare. (n.d.). NephroCare - Profissionais _ Tratamento da IRC _ Prevenção da DRC. Acedido a 11-11-2016. Disponível em:
<https://www.nephrocare.pt/profissionais/tratamento-da-irc/diagnostico-e-prevencao.html>
- NephroCare. (2006). *aeiou para uma dieta saudável de um doente em hemodiálise* (4ª Edição). Fresenius Medical Care.
- NKF. (2002). K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis*, 38, S1–S266.
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-S2-45>
- NKF. (2012). KDOQI - Clinical Practice Guidelines for Chronich Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. Acedido a 01-03-2018. Disponível em:
http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/toc.htm
- Nogueira, M. I., Silva, M., & Mata, Á. (2013). A Teoria Do Autocuidado e Sua Aplicabilidade para a Enfermagem no Programa Saúde da Família. *Plataforma Convibra Brasil*. Disponível em:
http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/70/2012_70_4028.pdf
- Novais, E., Conceição, A., Domingos, J., & Duque, V. (2009). O saber da pessoa com doença crónica no auto-cuidado. *Rev HCPA*, 29(1), 36–44.
- OE. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. In *Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1–10). Retrieved from
https://suporte.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- OE. (2015). Summary for Policymakers. In Intergovernmental Panel on Climate Change (Ed.), *Climate Change 2013 - The Physical Science Basis* (pp. 1–30). Cambridge: Cambridge University Press. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

- OE. (2016). *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Ordem Dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBPHemodialise_VF_site.pdf
- Oliveira, T. F. M., Santos, N. O., Lobo, R. C. M. M., Pinto, K. O. ;, Barboza, S. A., & Lucia, M. C. S. (2009). Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal: um estudo descritivo. *Psicólogo inFormação (São Bernardo Do Campo)*, *Prelo*, 1.
- Orem, D. E. (1980). *Nursing: concepts of practice* (2ª). McGraw-Hill Book company.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da Enfermagem* (1ª). Coimbra: Formasau - Formação e Saude, Lda.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV*(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Riella, M. C., & Martins, C. (2013). *Nutrição e Rim* (2ª). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Roberts, S. D. (1998). Nutritional Care of Renal Patients. In A. N. (ANNA), *Contemporary Nephrology Nursing*. New Jersey: Janel Parker Editor.
- Roso, C., Kruse, L., Henriqueta, M., Perlini, G., Marilene, N., Jacobi, S., ... Crônica, I. R. (2013). Self-Care of patients in conservative treatment of Chronic Renal Insufficiency. *Texto Contexto Enferm*, *22*(3), 739–745.
- Rushe, H., & McGee, H. M. (1998). Assessing adherence to dietary recommendations for hemodialysis patients: The Renal Adherence Attitudes Questionnaire (RAAQ) and the Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ). *Journal of Psychosomatic Research*, *45*(2), 149–157. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00228-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00228-6)

- Silva, A., Sousa, C., & Monteiro, E. (2003, January). Síndrome de Roubo. *Nephro's*, V. 7(nº1), 17–20.
- Thomas, N. (2004). *Advance Renal Care* (1ª ed). Oxford: Blackwell Publishing.
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Tomey, A.; Alligood, M. (2004). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In L. Edições Técnicas e Científicas (Ed.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias)* (5ª edição, p. 766). Loures: Luosciência.
- Vennegoor, M. (2005). Nutrição em Nefrologia. In N. Thomas (Ed.), *Enfermagem em Nefrologia* (2ª Edição, p. 489). Loures: Lusociência.
- Vieira, I. (2009). *Adesão à Dietoterapia e Doentes Renais Crónicos em Hemodiálise*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. Tese de Mestrado em Nutrição Clínica.
- Vlaminck, H., Maes, B., Jacobs, A., Reyntjens, S., & Evers, G. (2001). The dialysis diet and fluid non-adherence questionnaire: validity testing of a self-report instrument for clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 707–15. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00537.x>
- White, R. B. (2004). Adherence to the dialysis prescription: partnering with patients for improved outcomes. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 31(4), 432–435. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/MED/15453235>

ANEXOS

ANEXO 1

Avaliação do estágio na Unidade de Hemodiálise hospitalar

AValiação DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O Aluno Apresentou um TRABALHO Bem executado, com conhecimento e prática profissionais, dentro da área nefrológica.
Revelou interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos, com boas relações entre colegas, dentro e fora da família, contribuindo para um bom ambiente de trabalho.
Revelou presença em todos os atos que praticou, integrando-se facilmente no grupo de trabalho.
A sua avaliação de estágio é de Muito Bom (17 valores)

avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data:

Orientador

Assinatura

Data:

Estudante

JOANA Afonso

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Juana Afonso

Instituição:

Efectuado de 3/10/16 a 4/11/16

Docente:

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	1770 BM
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	1770 BM
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	1770 BM
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	1770 BM

O Docente: _____ Orientador: _____

ANEXO 2

Avaliação do estágio na Unidade de Diálise Peritoneal

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Joana desenvolveu o seu estágio na Unidade de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia [REDACTED], de forma assídua durante o mês de Novembro, assistindo a consultas de Diálise Peritoneal quer Médicas quer de Enfermagem; e também a Consultas de Nefrologia_Opções, intervindo de forma assertiva por diversas vezes.

No decorrer do mesmo acompanhou a realização de vários procedimentos específicos da UDP, como a realização de PET a mudança de prolongador de Cateter de Tenckhoff, reformulação de ensinios, inicialmente com observação/ supervisão, mas posteriormente começou a realizar de forma autónoma, responsável e ponderada.

Teve a possibilidade de acompanhar por a indução de doentes na técnica de DPCA, tendo tido a oportunidade de efectuar autonomamente alguns tópicos do plano de ensino.

Apesar de não ser uma realidade na sua prática clinica, a Joana demonstrou grande interesse na temática da DP, sendo visível a sua pesquisa sobre o tema.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 -Muito bom; d) 18 a 20 -Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data:
02-12-2016

Orientador

Assinatura

Data:
02-12-2016

Estudante
JOANA AFONSO

Joana dos Santos Afonso

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Integrou-se facilmente na Equipa da UDP, e apresentou sempre boa relação quer com o doente, quer com a família.

Atingiu os objectivos a que se propôs.

Avalia-se com a avaliação qualitativa de Muito bom.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 -Muito bom; d) 18 a 20 -Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data:
02-10-2016

Orientador

Assinatura

Data:
02-12-2016

Estudante
JOANA AFONSO

João Dos Santos Afonso

ANEXO 3

Avaliação do estágio na Unidade de Hemodiálise – Centro satélite de HD

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Diana de Sousa, A. B. S. Instituição: _____
Efectuado de 05/12/16 a 10/02/17 Docente: _____

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	Muito Bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Muito Bom
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	Excelente
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Excelente

O Docente: _____ Orienta: _____

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica: A ¹ª Enfe Joana revelou uma excelente capacidade de adaptação a um novo ambiente de trabalho, com as competências e aptidões que este tipo de H.D. possui. Excelente relação profissional e equipa multidisciplinar e com o ensino. Efectuou o seu percurso de integração, seguindo o plano de integração que foi elaborado na reunião de novos profissionais no D. Clínica. Ao final do estágio clínico encontrou-se autónoma na prestação de cuidados ao doente com o apoio técnico e clínico em todo o âmbito de intervenção de enfermagem em H.D. autónoma e de, com a capacidade de avaliar a situação do doente, fazer a sua avaliação e planeamento, intervenções de enfermagem de longo prazo; estabelecer e desenvolver o cuidado extensivo, que inclui a avaliação do doente e do D; dar resposta à intercorrência interdisciplinar e interdisciplinar, cumprindo de todo o ponto de vista o estágio de enfermagem.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 10.02.17

Orientador

Assinatura

Data: 10.02.17

Estudante

Joana dos Santos Ribeiro

Joana

ANEXO 4

Escala RABQ versão original (adaptada à população brasileira)

Questionário sobre Comportamentos de Aderência Renal (RABQ)

A lista abaixo contém afirmações sobre como você mantém sua dieta alimentar e restrição de líquidos. Há cinco respostas que variam entre “nunca” e “sempre”. Tente responder o mais sinceramente possível, indicando o que você realmente faz, mesmo que não esteja de acordo com a recomendação que você recebeu. Por favor, leia cada questão atentamente e marque, com um X, o quadrado embaixo da resposta que mais combine com você. Por favor, tente responder a cada pergunta.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Eu escuto os conselhos da minha nutricionista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu tenho dificuldades de controlar meu consumo de bebidas alcoólicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Às vezes não consigo resistir a comidas proibidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu negocio (Troco/ barganho) minha dieta de alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quebrar minha dieta não faz diferença para minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Não me importo com o que eu como quando estou me sentindo chateado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu bebo tanto líquido atualmente como sempre fiz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Minha família me ajuda a manter a minha dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Não faço a minha dieta quando como fora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu bebo mais líquido do que o recomendado quando estou chateado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Eu evito comer alimentos com muito sal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu tomo cuidado em manter a quantidade de líquidos indicada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu bebo pelo menos 5-6 copos de líquidos por dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Às vezes fico preocupado com alimentos que eu não devo comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu tomo minha medicação da forma indicada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu avalio cuidadosamente a quantidade de alimentos antes de comê-los.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. É difícil para mim controlar líquidos durante o verão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu me peso regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu consigo beber mais do que a quantidade recomendada de líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu decido o que comer, mesmo que seja contra o conselho do nutricionista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu uso sal nas refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Em geral, eu controlo meu consumo de alimentos que tem potássio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Em geral, eu controlo meu consumo de sal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Em geral, eu tomo minha medicação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Em geral, eu sigo as recomendações de líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 5

Escala RAAQ versão original (adaptada à população brasileira)

Questionário sobre Atitudes de Aderência Renal (RAAQ)

A lista abaixo contém afirmações sobre como você se sente a respeito de sua atual dieta alimentar e restrição de líquidos. Ao lado destas afirmações, há várias respostas que variam entre “Concordo totalmente” e “Discordo totalmente”. Por favor, responda a cada questão, marcando com um X o quadrado que corresponda à categoria de resposta que mais combina com você. É importante que você indique como realmente se sente, mesmo que isto não seja o que você faz.

	Concordo Totalmente	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo totalmente
1. Minha dieta se encaixa (ajusta) facilmente em meu estilo de vida atual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pacientes em diálise poderiam decidir por eles mesmo o que comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Controlar meu consumo de líquidos é essencial para meu bem-estar físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter que aderir a uma dieta rígida me impede de participar de festas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu sinto que a nutricionista dá importância demais ao controle de líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu sinto as vantagens de controlar minha ingestão de alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu posso beber tanto líquido hoje quanto antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu me preocupo muito quando ganho peso demais entre as diálises.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu sinto que a nutricionista coloca muita importância em controlar certos alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Com o passar do tempo eu acho mais fácil manter minha dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Geralmente, eu não sinto as vantagens de manter uma dieta tão controlada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu não me preocupo (importo) se ganho peso entre as sessões de diálises.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sinto as vantagens do controle de sal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu me sinto melhor quando mantenho a dieta indicada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ter que controlar líquidos impede que eu me divirta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Muitas vezes, dá muito trabalho comer alimentos diferentes do resto da minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Minha dieta atrapalha demais minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. É caro manter minha dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu não permito que as limitações alimentares me impeçam de participar de festas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Minha família e amigos são importantes para me ajudar a manter a dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Quebrar minha dieta não traz nenhuma consequência a minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu sinto que não sou capaz de aceitar limitações para minha vida por causa da diálise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Com o passar do tempo eu acho mais difícil seguir minha dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sinto-me culpado quando não sigo minha dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eu acho que a minha dieta se encaixa (ajusta) facilmente em minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Fico frustrado em manter uma dieta tão rigorosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Cronograma do Estágio

Ano	2016													2017								
Mês	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março	
Semanas	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27
	– 7	– 14	– 21	– 28	– 4	– 11	– 19	– 25	– 2	– 9	– 16	– 23	– 30	– 6	– 13	– 20	– 28	– 3	– 10	– 17	– 24	– 3
Estágio												Férias de Natal										
Relatório																				Orientação Tutorial		
Horas	160				120				220				25									
Objetivo 1																						
Objetivo 2																						
Objetivo 3																						
Objetivo 4																						

Legenda:

	Unidade de Hemodiálise Hospitalar
	Unidade de Diálise Peritoneal
	Unidade de Hemodiálise em centro satélite privado

APÊNDICE 2

Competências e atividades a desenvolver em estágio

Objetivo geral 1: demonstrar o desenvolvimento de competências, de enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, área específica de Nefrologia e mestre, inserido numa equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DRC;

Objetivo Específico	Atividades/Recursos	Competências	Local de Estágio a desenvolver
a) Colaborar para o desenvolvimento da equipa de enfermagem e dos seus membros	<ul style="list-style-type: none"> Integração no serviço através da identificação do espaço físico e estrutura da equipa multidisciplinar; Integração na equipa, através da observação da dinâmica da equipa. Conhecer os instrumentos, protocolos e normas em uso no serviço específico. Conhecer os projetos elaborados por colegas especialistas 	1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.	Unidade de HD hospitalar, DP e HD em Clínica
b) Colaborar no processo de tomada de decisão no âmbito da equipa da Nefrologia	<ul style="list-style-type: none"> Promover o exercício profissional e decisões de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde estou inserida. Participação na tomada de decisão em equipa, na resolução de problemas juntamente com o cliente; Análise e partilha dos resultados das tomadas de decisão para promover o desenvolvimento de uma prática especializada. 	1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.	Unidade de HD hospitalar, DP e HD em Clínica
c) Promover a proteção dos direitos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Respeitar o direito do doente à privacidade, na equipa que me encontro inserida; Promover o respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas dos indivíduos e grupos; Prestar cuidados individualizados respeitando essa sua identidade. 	1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.	Unidade de HD hospitalar, DP e HD em Clínica

d) Colaborar em programas de melhoria contínua existentes nos locais de estágio	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar oportunidades de melhoria dos cuidados nos campos de estágio escolhidos; • Discutir a melhoria de cuidados com a orientadora; • Atuar proactivamente e em parceria com colegas do serviço, seleccionando estratégias de melhoria nesse âmbito. 	2. Competências do domínio da melhoria da qualidade	Unidade de HD hospitalar e DP hospitalar
e) Gerir e otimizar os cuidados de enfermagem prestados	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar ajuda ao indivíduo, colegas e equipa multidisciplinar; • Acompanhar a enfermeira orientadora na prestação de cuidados; • Colaborar nas decisões em parceria com enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar. • Melhorar a informação em todo o processo envolvido no cuidar ao indivíduo. • Gerir e adaptar os cuidados aos indivíduos atribuídos, priorizando os mesmos conforme necessidades detetadas e otimizando recursos de maneira eficiente promovendo cuidados de qualidade; • Saber quando referenciar para outros elementos da equipa, colegas ou outros profissionais 	3. Competências do domínio da gestão dos cuidados.	Unidade de HD hospitalar, DP e HD em Clínica
f) Percecionar-me enquanto pessoa e enfermeira	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores pessoais de autoconhecimento que possam interferir no relacionamento com a pessoa ao meu cuidado e/ou equipa multidisciplinar onde estou inserida • Reconhecer os meus recursos, limites pessoais e profissionais • Consciencializar da influência pessoal na minha relação profissional. 	4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Unidade de HD hospitalar, DP e HD em Clínica

g) Desempenhar papel facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na nefrologia	<ul style="list-style-type: none"> • Atuar como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais • Verificar necessidades formativas. • Favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. 	4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Unidade de HD hospitalar, DP e HD em Clínica
--	--	---	--

Objetivo Geral 2: desenvolver competências técnicas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DRC em HD;

Objetivo Específico	Atividades/Recursos	Competências específicas segundo EDTNA	Local de Estágio a desenvolver
a) Aprofundar conhecimentos acerca das diversas modalidades de HD, riscos e complicações,	<ul style="list-style-type: none"> • Efetuar pesquisa bibliográfica sobre as diversas modalidades de HD, respetivos riscos e complicações; • Esclarecimento de dúvidas com a enfermeira orientadora; • Validar com a enfermeira orientadora os conhecimentos estudados e apreendidos; • Observar a atuação da colega orientadora. 	Trabalhar com um paciente através de uma sessão de terapia de hemodiálise	Unidade de HD hospitalar e HD em Clínica
b) Executar cuidados ao indivíduo numa sessão de HD de forma autónoma e eficaz;	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o tratamento de HD. Conectar o doente à terapia de HD Apoiar o doente durante a sessão; • Monitorizar a sessão de HD e gerir as alterações e as complicações intradialíticas; • Concluir a sessão de HD; • Registar todas as alterações durante a sessão e torná-los acessíveis a todos os membros da equipa que precisem de ser informados. 	<p>Trabalhar com um paciente através de uma sessão de terapia de hemodiálise;</p> <p>Analisar com pacientes do funcionamento da diálise</p>	Unidade de HD hospitalar e HD em Clínica

c) Preparar e cuidar do indivíduo com DRC, com colocação de acesso provisório para realização imediata de HD;	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necessidades formativas acerca do procedimento, riscos, sua finalidade, cuidados inerentes ao CVC e principais complicações, como a infecção; • Preparar e garantir um ambiente adequado e asséptico para a colocação do cateter, bem como material adequado, posicionamento do indivíduo; • Monitorizar complicações imediatas após colocação, como hemorragia, entre outras. 	Obter acesso imediato para a HD através da inserção de um Cateter Venoso Central	Unidade de HD hospitalar
d) Compreender as necessidades globais (pessoais, sociais, familiares) do indivíduo em Hemodiálise;	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver relação de confiança com o indivíduo e família de modo a expor o seu bem-estar e sentimentos relacionado com o tratamento, percebendo os seus objetivos e aspirações com o tratamento; • Identificar e perceber o impacto do plano de cuidados, na vida social interna e trabalho do indivíduo; • Encorajar a expressar as suas dúvidas acerca da Hemodiálise de modo a gerir a doença e co morbilidades; • Trabalhar em equipa multidisciplinar e com o indivíduo na identificação de intervenções e possibilidade de modificações no plano de cuidados que possam melhorar a sua eficiência e adequação à HD, sem comprometer a sua saúde ou uso de recursos, promovendo cuidados especializados; • Promover a adesão ao tratamento de hemodiálise no indivíduo e família 	Monitorizar, analisar e rever terapia de Diálise	Unidade de HD hospitalar e HD em Clínica

Objetivo Geral 3: desenvolver competências técnicas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DRC em DP;

Objetivo Específico	Atividades/Recursos	Competências específicas segundo EDTNA	Local de Estágio a desenvolver
a) Conhecer a fisiologia, princípios, riscos e complicações inerentes à técnica da DP;	<ul style="list-style-type: none"> • Efetuar pesquisa bibliográfica adequada, disponível na unidade específica ou base científica; • Observação da intervenção da colega orientadora no contexto de estágio específico; • Esclarecer dúvidas com a colega orientadora. 	<p>Cuidados da DP;</p> <p>Cuidados com a terapêutica na DP</p>	Unidade de DP
b) Familiarizar com os dispositivos, materiais modalidades de DP;	<ul style="list-style-type: none"> • Efetuar pesquisa de bibliografia sobre os temas; • Manusear os dispositivos existentes; • Assistir ao ensino efetuado pela colega orientadora. 	<p>Preparar e iniciar a técnica da diálise peritoneal;</p> <p>Cuidados da DP</p>	Unidade de DP
c) Prestar cuidados ao indivíduo a realizar DP;	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e validar os conhecimentos com a enfermeira orientadora acerca da técnica e cuidados inerentes; • Realizar procedimentos específicos à DP, de forma correta e adequada, atenta a possíveis sinais e/ou sintomas bem como complicações; • Acompanhar o indivíduo em consulta vigilância de rotina; • Executar a técnica de forma correta e adequada, atenta possíveis sinais e/ou sintomas e complicações; • Comunicar à orientadora e à equipa as alterações. 	<p>Preparar e iniciar tratamento de DP</p>	Unidade de DP

d) Colaborar no ensino a um indivíduo em DP	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar iniciativa e habilidade de ensino eficazes, fornecendo uma explicação clara ao indivíduo em parceria com colega orientadora, sobre a técnica correta, riscos, sinais e sintomas de possíveis complicações; • Esclarecer dúvidas do cliente em relação à DP; • Adaptar o ensino ao indivíduo, para que se seja eficazmente apreendido, manifestando um bom conhecimento dos princípios da DP; • Fornecer informação em suporte papel disponível sobre a DP, no local específico de estágio. 	<p>Apoiar o doente em diálise peritoneal com cuidados de enfermagem individualizados.</p> <p>Educação do doente em DP.</p>	Unidade de DP
---	--	--	---------------

107 **Objetivo Geral 4:** adquirir conhecimentos através da investigação sobre adesão ao tratamento à HD da pessoa com DRC.

Objetivo Específico	Atividades/Recursos	Competência	Local do estágio a desenvolver
a) Conhecer a adesão e fatores condicionantes ao tratamento da pessoa com DRC em programa de HD;	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica; • Identificar a necessidade de conhecimento e investigar na área da adesão ao tratamento de HD; • Desenvolver estudo de investigação. 	4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.	Unidade de HD em Clínica
b) Otimizar a adesão ao tratamento de HD, dos indivíduos com DRC.	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar os dados recolhidos pelos formulários, relativos a comportamentos e atitudes adotados pelos indivíduos selecionados para o estudo; • Apresentar e divulgar os resultados do estudo para desenvolvimento de uma prática clínica especializada; • Otimizar a intervenção de cuidados de enfermagem nesta área 	4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.	Unidade de HD em Clínica

APÊNDICE 3

Estudo de Caso



**7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA**

VERTENTE ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Estudo de caso

Joana Dos Santos Afonso

Orientador: Prof. Doutor António Filipe Cristóvão

Lisboa
Dezembro de 2016

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	111
1.1. COLHEITA DE DADOS	111
1.2. ANÁLISE DO PADRÃO DE SATISFAÇÃO DAS NHF.....	113
1.3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E ANÁLISE DA QUEIXA ATUAL	114
1.4. OBSERVAÇÃO FÍSICA.....	118
1.5. PLANEAMENTO, INTERVENÇÃO DE CUIDADOS E AVALIAÇÃO	119
1.5.1. Diagnostico 1:Conhecimento Deficiente	120
1.5.2. Diagnóstico 2: Ansiedade	121
2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123

INTRODUÇÃO

No contexto da unidade curricular, Estágio com relatório e no âmbito do estágio efetuado na Unidade De Hemodiálise, incluída no Serviço Especialidades Médicas do H.F.F., E.P.E, foi pedida a elaboração de um estudo de caso. Para Ponte (2006), cit. Por Cunha (n.d.) o estudo de caso *“É uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única e especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse”*.

Segundo Fortin (2006), o estudo de caso refere-se a uma investigação detalhada do indivíduo, família, de um grupo ou de uma organização. O que determina o estudo de caso é a delicadeza com a qual é possível reunir dados sobre um caso específico de forma a uma melhor perceção de um determinado fenómeno. Desta forma, o estudo de fenómenos interligado com a saúde adquire extrema importância ao melhorar a sua compreensão e explicar as relações entre a evolução de um fenómeno e uma dada intervenção.

O presente estudo de caso, reporta ao estágio realizado no período de 03/10/2016 a 04/11/2016. A Sra. AT, é uma pessoa com DRC encontra-se a realizar programa regular de hemodiálise como Terapia de Substituição da Função Renal desde, em hospital à 2ª, 4ª e 6ª feiras há sensivelmente 1 mês (altura da realização do estudo de caso).

1.1. COLHEITA DE DADOS

Nome: A.T.

Nome preferido: A.

Idade: 40 anos

Género: feminino

Raça: melanodérmica

Agregado Familiar: Mãe e irmã.

Escolaridade: 12º ano, e encontra-se a frequentar o 2º ano do curso de licenciatura de Farmácia.

Profissão: Assistente operacional num hospital central público, no presente momento.

Condições habitacionais: A A.T. vive acompanhada pela mãe e irmã, num apartamento em localidade próxima a nível geográfico do hospital. Não tem filhos. A sua mãe encontra-se reformada, sendo maioritariamente a pessoa que prepara e confeciona as refeições no domicílio, onde a A.T. ingere as suas refeições, resultando aqui alguma ansiedade referente à ingestão de alimentação adequada face à sua nova situação de doença. No entanto, de acordo com A.T. existem refeições que a própria confeciona.

Antecedentes pessoais:

- Hipertensão arterial diagnosticada desde 2010 com múltiplos vários internamentos por Hipertensão maligna (em Outubro 2014 devido a suspensão da medicação anti hipertensora, último em Janeiro de 2016). De acordo com a literatura, a hipertensão arterial pode ser considerada um resultado da Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) (Thomas, 2005). E é vista como uma das causas que podem estar na origem da inutilização funcional permanente dos rins (Guimarães, 2016) e, que têm uma maior incidência em pessoas da população afro-caribenha(N. Thomas, 2005), como é o caso da A.T.

Uma das funções dos rins passa pela capacidade de autorregular a pressão do sangue que entra nos capilares glomerulares, conduzindo à manutenção da pressão hidrostática glomerular a valores constante e Taxa Filtração Glomerular. Além disso são responsáveis pela produção da hormona renina que é diretamente afeta a tensão arterial. Logo, se a tensão arterial se encontrar alta, Hipertensão arterial, há um maior risco de haver lesões em diversos vasos do corpo, principalmente, cerebrais, artérias coronárias e vasos renais, causando neste último, estenoses das pequenas artérias renais (aterosclerose). Causando desta forma alterações no fluxo de sangue, impedindo a estimulação da produção de renina e consequentemente agravando a hipertensão (N. Thomas, 2005).

- Retinopatia hipertensiva;
- Edema agudo do pulmão em novembro de 2012;
- Derrame pleural sem causa identificada na década de 90;
- Cólica renal em 2009.

Sem alergias medicamentosas conhecidas. Nega Hábitos Tabágicos ou etanólicos.

Antecedentes familiares de DRC – A A.T. tem 2 tias maternas com DRC em programa regular de HD. Embora, não seja umas principais causas da DRC; apresenta-se como um fator de risco do aparecimento da doença, pelo que conjuntamente na presença de outras causas é importante uma deteção precoce, vigilância e tratamento adequado para evitar a progressão da doença e complicações (Nephrocare, n.d.).

Terapêutica de ambulatório: Clonidina 0,15mg 2cp/dia, Nifedipina CR 30 2x dia; Carvedilol 25mg/dia; Furosemida 40 mg, 1 comprimido por dia; Sinvastatina 20; Ramipril – 10mg 1 comprimido de manhã. Ácido Fólico e multivitaminas 3x por semana e Darboepoetina 30mcg 2x/sem e reforço de Ferro no final da sessão de hemodiálise 20mg 3x/sem.

1.2. ANÁLISE DO PADRÃO DE SATISFAÇÃO DAS NHF

Tendo por base, a avaliação do padrão de satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF), preconizadas pela teórica Virgínia Henderson, procedemos à análise das necessidades vitais que o indivíduo deve satisfazer com a finalidade de manter o seu equilíbrio tanto físico, psicológico, social ou espiritual de forma a garantir o seu desenvolvimento (Phaneuf, 2001 cit por Simões & Simões (2007)). Estas constituem-se como catorze necessidades Básicas e fundamentais para o indivíduo, que podem ser ou não satisfeitas se o mesmo não estiver na sua saúde plena, as quais são: Respirar com normalidade; Comer e beber de forma adequada; Eliminação dos resíduos corporais; Mover-se e manter de uma postura adequada; Repouso e sono; Selecionar roupa adequadamente, vestir e despir; Manutenção da temperatura corporal dentro de limites aceitáveis, ajustando a roupa às mudanças do ambiente e criar condições no lar que garantam a temperatura adequada (proteger do frio e calor intensos); Manter o corpo limpo, bem cuidado e

proteger a pele; Evitar os perigos do ambiente e ferir outras pessoas; Comunicar com os outros, exprimindo emoções, necessidades, medos e opiniões; Exercer a sua religião de acordo com o culto que professa; Trabalhar de forma a sentir-se realizado; Participar em diversas atividades recreativas; e aprender, conhecer e descobrir ou satisfazer a curiosidade que acompanha à evolução normal e à saúde. (Simões & Simões, 2007).

Desta forma, analisando o padrão de satisfação das necessidades da Sra. A.T. segundo as NHF, as que se encontram não se encontram satisfeitas de acordo com a sua situação de doença atual, reflete-se na necessidade de comer e beber adequadamente, manifestando aqui o interesse em querer aprender acerca da alimentação adequada pela sua situação atual e ligeira ansiedade uma vez que não é a própria que confeciona a grande maioria das suas refeições, mas sim a sua mãe. Devido à sua cultura africana, o tipo de alimentação é rico em potássio, como frutos secos (como nozes e amendoins), proteína animal, condimentada e rica em sal.

As restantes NHF, encontram-se satisfeitas pela avaliação efetuada junto da Sra. A.T., pelos dados colhidos e observados junto da mesma.

1.3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E ANÁLISE DA QUEIXA ATUAL

A Cliente AT, é seguida em consulta de Nefrologia desde maio de 2013, por Doença Renal Crónica Estádio IV, após ter recorrido ao hospital em contexto de urgência ao qual foram detetadas hipertensão arterial e alterações de valores analíticos.

Desde 2013 até início de 2016, teve diversos internamentos em contexto de Hipertensão maligna, pelo qual foi instituída terapêutica anti-hipertensora, foi sugerida a realização de Biópsia Renal, para confirmar o diagnóstico e poder iniciar tratamento, o qual a mesma recusou e abandonou a consulta de Nefrologia. Nesta altura, recorreu novamente ao em contexto de urgência ao hospital, pelo mesmo motivo, sendo que a AT referiu ter suspenso toda a medicação anti hipertensora nas últimas semanas sem motivo aparente. Apresentava valores analíticos alterados, com Creatinina com valor superior a 7, acompanhado por valores tensionais de TAS> 220 e TAD> 110. Recusou internamento, e acabou por abandonar estudo etiológico da doença por não adesão.

Manteve seguimento em Consulta de Nefrologia, sendo que no início de julho de 2016, embora tenham sido reforçados os riscos iminentes de vida e efeitos da uremia num curto espaço de tempo, a A.T. manteve recusa em iniciar TSFR e assinou consentimento informado para tratamento conservador no Hospital de Santa Cruz.

Este tipo de tratamento consiste na implementação de tratamentos não invasivos e cujos objetivos passam por diminuir ou mesmo eliminar sintomas da doença, contribuindo para uma maior bem-estar e menos sofrimentos possíveis; E, aprovisionar apoio não diferenciado (como alimentação, higiene pessoal entre outros) quando necessário. (Portal da diálise, 2016). Sendo assim, foram prescritos à A.T., terapêutica anti hipertensora, diurético, suplementos vitamínicos, corretor da anemia (Eritropoietina SC) e terapêutica de suporte.

Em agosto, manteve negação relativamente ao processo de início de diálise.

Os valores analíticos neste período de 3 anos, apresentavam a referenciar alterações analíticas características de Doença Renal Crónica:

- Valores elevados de Creatinina, oscilando desde 10/2014, 01/2015, 04/2015, 01/2016, 08/2016 respetivamente de 4,86 mg/dL, 3,12 mg/dL, 2,9 mg/dL, 7 mg/dL e 8,53 mg/dL;
- Anemia, com hemoglobina de 9,7gr/dL (01/2015), de 11 gr/dL (04/2015), de 10gr/dL (01/2016).
- Em agosto 2016, valores elevados de Potássio (K+) 5.31mEq/L; Ureia 237 mg/dL; Fosforo (Pi) 5.9mg/dl.

Então, no dia 24 de setembro de 2016, recorreu novamente à urgência do hospital, com um quadro de sintomas com 4 dias de evolução caracterizado por astenia, anorexia, epigastralgias, náuseas e vômitos, com suspensão da terapêutica. Ficou internada com diagnóstico de crise hipertensiva e DRC em estágio 5 – Síndrome Urémico. Este pode ser definido por conjunto de sinais e sintomas resultantes dos efeitos tóxicos da acumulação de toxinas urémicas no sangue consequente da perda gradual de função renal. Os sintomas surgem normalmente quando os valores de depuração da creatinina descem para valores inferiores a 10 mL / min, embora alguns indivíduos possam manifestar-se sintomáticos em níveis de depuração mais altos. Os sinais e sintomas associados ao Síndrome, são geralmente: Náuseas e vômitos;

fadiga; anorexia; perda de peso, Cãibras musculares, prurido, mudança a nível de estado mental e anemia (Alper, Shenava, & Young, 2016; Caio, 2011).

Ao ser confrontada, pela médica de urgência interna para a necessidade de indução de HD, a AT recusou mas após diálogo e explicado o risco iminente de vida, assinou consentimento informado para colocação de cateter central provisório de hemodiálise e realização de Técnica Substituição função Renal (TSFR), a Hemodiálise. A Norma da DGS 017/2011 de 28/09/2011 preconiza o consentimento informado após devido esclarecimento e informação sobre todas as TSFR e que embora o indivíduo inicie uma delas, pode optar depois pela mudança para outra das TSFR (Direção-Geral da Saúde, 2012).

A Sra. A.T. foi colocar cateter provisório na jugular direita nesse mesmo dia e induziu Hemodiálise (1ª sessão) tendo decorrido sem intercorrências.

Analiticamente, no momento da entrada, apresentava a salientar de valores analíticos no sangue: Hemoglobina de 13,3gr/dL; Leucócitos 6.900 x 10⁹/L; Plaquetas 120.000 x 10⁹/L; sCr 10,49mg/dL; Ureia 281mg/dL; Sódio 134mmol/L; K+ 5,8mmol/L; Cloreto 101 mmol/L; PCR de 0,33mg/dL. A nível da Urina II com proteinúria (2+) e hematúria (+). A nível da gasimetria arterial, com acidose metabólica, compatível com quadro de síndrome urémico, uma vez que a regulação metabólica acido-base é efetuada por células tubulares que se encontram no rim, enquanto a compensação respiratória é efetuada nos pulmões. Logo a acidose metabólica no caso de indivíduos com DRC, surge associada à redução de excreção de iões de hidrogénio e consequentemente uma diminuição também da regeneração do bicarbonato (Alper et al., 2016; Caio, 2011).

A nível de outros Exames Complementares de Diagnostico, documentava-se uma ecografia renal de novembro de 2014 apenas: Rins com morfologia e dimensões normais. Sendo que o rim esquerdo mede 99 mm e o direito 97 mm de diâmetro bipolar. Diferenciação parênquimo-sinusal e espessura do parênquima mantidas. Contudo, vê-se um aumento da refletividade da região cortical, podendo traduzir compromisso funcional. Sem hidronefrose ou focos de urolitíase.

Durante o internamento teve nova consulta de Opções e esclarecimento, onde voltou a confirmar opção pela TSFR, a hemodiálise, assinando o respetivo consentimento informado.

Após 3 dias, dia 27/09/2016 foi substituído o acesso vascular provisório por Cateter de Longa Duração na jugular direita, sem intercorrências e teve alta clínica. A Sra. A.T. ficou com indicação e de manter programa regular de hemodiálise no hospital, e a aguardar marcação de doppler e de construção de Fistula Arterio-Venosa (FAV) no ambulatório.

Analiticamente no momento da alta, apresentou: Anemia com Hb 10.1gr/dL, sob Darbepoetina 20mcg/semana. Ferritina 297ng/mL; Cálcio de 7.8mmol/L; Fósforo 5.8 mmol/L- Sem medicação associada.

A nível da Ecografia Renal: rins de dimensões normais; 10,1 cm á direita e 10,5 cm à esquerda. Têm ambos com contornos regulares, atenuação da diferenciação parênquimo-complexo central. Sem evidência de litíase nem de sinais de uropatia obstrutiva.

Entretanto teve ainda necessidade de efetuar uma transfusão de concentrado eritrocitário a 20/10 por Hemoglobina de 6,5gr/dl, atribuído a coagulação do circuito durante a sessão de diálise anterior. No entanto, dia 25/10 já se encontrava com hemoglobina de 7,3gr/dl, feito reforço de Corretor de anemia, 3x por semana.

Na fase do estudo de caso, a Sra. AT encontrava-se a realizar programa regular de hemodiálise como Terapia de Substituição da Função Renal há cerca de um mês, dia 29 de outubro de 2016, às 3ª, 5ª e sábados pelo acesso vascular com Cateter de Longa Duração na Subclávia Direita e mantendo seguimento em Consulta de Nefrologia.

A sua queixa atual, prende-se com o padrão alimentar adaptado à sua cultura e dia-a-dia, ajustar o mesmo ao seu quotidiano e estratégias de como otimizar a confeção e qualidade na confeção e escolha dos alimentos, manifestando ligeira ansiedade associado a este fator.

1.4. OBSERVAÇÃO FÍSICA

A Observação física foi realizado no dia 29/10/2016 correspondendo ao dia em que foi efetuado a colheita de cuidados para o levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Sinais vitais: (29.10.2016)

Tensão arterial: 123/83 mm/hg

Pulso: 77 p/min

Temperatura timpânica: 36,0°C

Dor: Visual Analogic Scale (VAS) 0 (nenhuma dor)

O quadro abaixo, representa resumidamente o exame físico realizado à A.T.:

Data	29.10.2016
Consciência	Vígil, calma.
Estado de Orientação	Orientada no tempo, espaço e pessoa.
Comunicação	Comunicativa, com discurso coerente e fluido
Pele e mucosas	Coradas e hidratadas
Pupilas	Isocóricas e isorreactivas
Cabeça e Pescoço	Apresenta pequena cicatriz, na região inferior do pescoço à direita correspondente ao local do anterior CVC provisório de HD.
Respiração	Eupneica; predominantemente torácica: com 15 ciclos por min; Profunda
Tosse	Eficaz; sem secreções
Tórax	Apresenta alteração da integridade cutânea, por cicatriz, consequente da inserção do cateter venoso central permanente de hemodiálise.

Abdómen	Mole; indolor à palpação
Membros superiores e inferiores	Sem alterações e/ou edemas; Força mantida; Pulso periférico presente, cheio e regular
Marcha	Independente; Marcha coordenada.
Equilíbrio	Estático e dinâmico, sentado e em pé- mantidos
Peso	Encontrava-se com 60,0 Kg antes da sessão de hemodiálise (sendo o seu peso seco de 58,5kg)

1.5. PLANEAMENTO, INTERVENÇÃO DE CUIDADOS E AVALIAÇÃO

A elaboração de um plano de intervenções de enfermagem após levantamento dos diagnósticos é de extrema relevância para o planeamento e continuidade de cuidados a prestar à A.T., no seu processo de progressão da doença atual e manutenção do equilíbrio perante a mesma. Para isso, é relevante definir os resultados esperados e efetivos, e avaliar os resultados das intervenções com os resultados esperados.

Sendo assim, de acordo com o presente estudo de caso, atendendo a todos os dados colhidos e observados junto da A.T., foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem, de acordo com a NANDA e o plano de intervenções de acordo com as intervenções da Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (NIC) e os resultados da Classificação dos resultados de Enfermagem (NOC). (Johnson et al., 2012)

Os diagnósticos levantados, foram:

1. Conhecimento deficiente, relacionado com Ingestão hídrica e alimentar adequada à Doença Renal Crónica em Estadio Terminal em programa regular de hemodiálise caracterizado por levantamento de dúvidas/questões e informação acerca do tema;
2. Ansiedade manifestada por não ter conhecimentos sobre a ingestão de líquidos e alimentos adequados à situação de doença atual, caracterizado pela verbalização do problema.

1.5.1. Diagnóstico 1: **Conhecimento deficiente**, relacionado com Cuidados ao penso do CVC de longa duração para HD e Ingestão hídrica/alimentar adequada à Doença Renal Crónica em Estadio Terminal em programa regular de hemodiálise caracterizado por levantamento de dúvidas/questões e informação acerca do tema;

Resultado Esperado: Conhecimento: dieta (definido como a extensão da compreensão sobre a dieta recomendada), e cuidados na doença, neste caso, conhecimento sobre a dieta adequada à situação de doença atual e relacionados com o penso.

Intervenções de Enfermagem:

- Ensino sobre Dieta prescrita adequada às suas necessidades alimentares e ingestão hídrica de forma adequada;
- Ensino sobre Cuidados ao penso de CVC de longa duração para HD.

Dia 31/10:

Atividades Desenvolvidas:

- Averiguar os conhecimentos efetivos já do conhecimento da cliente através do diálogo durante a sessão de hemodiálise;
- Perceber os hábitos alimentares regulares e culturais, efetuados pela cliente diariamente;
- Conhecer os cuidados com o penso de CVC de longa duração para HD;
- Selecionado os conteúdos a ensinar em que foi entendido como principal défice de conhecimento nos alimentos menos riscos em potássio e confeção dos alimentos; Em relação aos cuidados com o penso do CVC de HD não manifestava défice de conhecimento, pelo que tinha cuidados adequados com o mesmo;
- Selecionado o método/estratégia de ensino adequado para a apreensão eficaz dos conhecimentos transmitidos, tendo em conta a cultura africana da cliente e tentando arranjar estratégias de adequação para a mesma.

- Feito ensino e dados conhecimentos práticos durante a sessão de hemodiálise em diálogo sobre:

- a) Confeção dos alimentos e cuidados inerentes, como seja na cozedura de alimentos ricos em potássio, da sopa;
- b) Alimentos cujos consumos devem ser controlados e aqueles que estão desaconselhados, como seja ricos em potássio, fosforo, sódio;
- c) Riscos e sintomas inerentes a alteração dos valores de potássio, fosforo, sódio e ingestão elevada de líquidos
- d) Ingestão de Líquidos e conselhos práticos para lidar com a sede, como seja evitar bebidas gaseificadas, beber pequenas quantidades de água, reduzir a quantidade de sal entre outros.

- Fornecido documento de apoio para reforçar os conhecimentos transmitidos acerca do tema, que estão em vigor e fornecidos pela unidade de serviço.

Avaliação: Boa capacidade de aprendizagem. Os conhecimentos transmitidos foram aparentemente apreendidos de forma eficaz e, questões e dúvidas foram solucionadas.

Dia 3/11

Atividades Desenvolvidas

- Validar os ensinamentos realizados na sessão de dia 31/10;

Avaliação: Boa compreensão dos ensinamentos realizados; responde corretamente a questões efetuadas de forma informal durante o diálogo com enfermeira.

1.5.2. Diagnóstico 2: **Ansiedade** manifestada por não ter conhecimentos sobre a ingestão de líquidos e alimentos adequados à situação de doença atual, caracterizado pela verbalização do problema.

Resultado Esperado: Enfrentamento, adquirindo a cliente ações para controlar essas mudanças e que a façam lidar com as mesmas de forma eficaz e adequada (diminuição ou mesmo ausência de ansiedade)

Intervenções de Enfermagem:

- Melhora do Enfrentamento, ajudando assim a cliente a adaptar-se de forma satisfatória a estas mudanças entendidas como algo que interfere na satisfação da necessidade vital, neste caso a alimentar relacionadas com a nova situação de doença atual;

Dia 31/10:

Atividades Desenvolvidas:

- Perceber o motivo inerente desta ansiedade junto da A.T., percebido como o fato de ser a mãe a preparar a maioria das refeições e não ter conhecimento suficiente relacionado com a confeção, escolha e adequação dos alimentos e líquidos;
- Realizar Ensinos relacionados com a alimentação, descritos acima e fornecer material de apoio e informação disponível e instituído no serviço por forma à A.T. conseguir explicar à mãe de forma devidamente informada;
- Promoção e discussão de estratégias viáveis para contornar este elemento stressor, como seja o planeamento e preparação de refeições nos dias em que se encontra mais tempo no domicílio, uma vez que a mesma estuda e frequenta o ensino superior, permanecendo muito tempo ausente do domicílio.

Avaliação: A A.T, manifesta boa capacidade de aprendizagem. Os conhecimentos transmitidos foram aparentemente apreendidos de forma eficaz e, questões e dúvidas foram solucionadas. Houve melhoria da ansiedade. Manifesta interesse em desenvolver as estratégias discutidas.

Dia 3/11

Avaliação: A. A.T. não manifestava ansiedade.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alper, A. B., Shenava, R., & Young, B. (2016). Uremia: Background, Pathophysiology, Etiology. Disponível em:
<http://emedicine.medscape.com/article/245296-overview?pa=QHlnz48v12sNeqHrmts6TKny90udNJEDiCsXGhO0i4mBMPJMmPXUYN80209iC4p6UYpZ%2BdLSh%2BTfomXAqQ7WVS8HoCpv88EfsR0xVZ6JHe4%3D>
- Caio, M. (2011). Síndrome Urémica.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crônica Estádio 5. Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012).*
- Fortin, M. (2006). Capítulo 4: A escolha do tema de estudo e a questão preliminar. In Lusodidacta (Ed.), *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (p. 595).
- Guimarães, S. (2016). Insuficiência Renal. Acedido a 12-11-2016. Disponível em:
<http://www.portaldadialise.com/portal/insuficiencia-renal>
- Johnson, M., Moorhead, S., Butcher, H. K., Maas, M. L., & Swanson, E. (2009). *Ligações entre Nanda, NOC e NIC : diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Nephrocare. (n.d.). NephroCare - Profissionais _ Tratamento da IRC _ Prevenção da DRC. Acedido a 11-11-2016. Disponível em:
<https://www.nephrocare.pt/profissionais/tratamento-da-irc/diagnostico-e-prevencao.html>
- Portal da diálise. (2016). Progressão da doença renal | Portal da Diálise - Insuficiência Renal Crônica. Acedido a 14-11-2016. Disponível em:
<https://www.portaldadialise.com/portal/tratamento-medico-conservador-da-doenca-renal-cronica>

Silva, A. C. (2005). O que é um Estudo de Caso? *Management*, 0, 2005–2005.

Disponível em: <http://livrozilla.com/doc/411887/o-que-é-estudo-de-caso%3F>

Simões, C. M. A. R., & Simões, J. F. F. L. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE ® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista Referência*, 2(4), 9–24. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239951001.pdf>

Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (2ª Edição). Loures: Lusociência.

APÊNDICE 4

**Plano de sessão: “Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com
DRC com CVC de HD**

Plano de Sessão

1- IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com Doença Renal Crónica (DRC) com Cateter Venoso Central (CVC) de Hemodiálise (HD)

Destinatários: Enfermeiros dos serviços de internamento do hospital

Duração da sessão: 30 min

2- OBJETIVO GERAL

No final da sessão, os formandos deverão reconhecer a importância das boas práticas nos cuidados de enfermagem relativo ao CVC a indivíduos com DRC.

3- OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

No final da sessão pretende-se que os formandos sejam capazes de:

- Reconhecer qual o procedimento correto sobre a manutenção do CVC de HD em contexto de internamento;
- Reconhecer precocemente sinais de complicações do CVC;
- Atuar na prevenção de infeção.

4- PRÉ-REQUISITO

Enfermeiro a desempenhar funções no hospital em serviço de internamento ou urgência geral.

5- MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

Projetor; Powerpoint

6 - CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- a) Breve abordagem sobre CVC como escolha de acesso vascular no indivíduo que realiza hemodiálise, orientações e boas práticas de enfermagem na manutenção do CVC de HD em contexto de internamento;
- b) Prevenção da Infecção;
- c) Procedimento relacionado com manuseamento do CVC especificamente, a realização da mudança de penso do local de inserção, de acordo com protocolo em uso pela entidade hospitalar apoiada em Guidelines,

7 – METODOLOGIA

Método expositivo, conjugado com o método interrogativo

8 – AVALIAÇÃO

Diagnóstica e Formativa: observação e questões orais.

ASPECTOS A CONSIDERAR

CONTEÚDOS	METODOLOGIA	MATERIAL/ EQUIPAMENTO	AVALIAÇÃO	TEMPO
Introdução <u>Avaliação de pré-requisitos:</u> Breve abordagem sobre CVC como escolha de acesso vascular no indivíduo que realiza hemodiálise, orientações e boas práticas na manutenção do CVC de HD em contexto de internamento	Método expositivo Método interrogativo Técnica das perguntas: O que é a CVC de hemodiálise? Que cuidados têm com o CVC em internamento?	Projektor Computador (Apresentação em PowerPoint)	Diagnóstica: - Observação (com base numa lista de ocorrências) - Questões aos formandos	5 min

Desenvolvimento Prevenção da Infecção Procedimento relacionado com manuseamento do CVC especificamente, a realização da mudança de penso do local de inserção, de acordo com protocolo em uso pela entidade hospitalar apoiada em Guidelines.	Método expositivo Descrição dos diversos passos na mudança do penso do local de inserção do CVC em uso no hospital (em protocolo específico) e visando reduzir e prevenir risco de infeção	Projetor Computador (Apresentação Powerpoint)	Formativa: - Questões aos formandos.	20 min.
Conclusão Síntese Conclusiva Questões e/ou duvidas	Método expositivo Método Interrogativo Esclarecimento de Questões e/ou dúvidas	Projetor Computador (Apresentação Powerpoint)	Nada a registar	5 Min.

APÊNDICE 5

Instrumento de Colheita de Dados final – Questionário

Parte 1- Caracterização da Amostra

- 1- Idade (anos completos à data da aplicação do questionário): _____
- 2- Género: a) Masculino ☐☐ b) Feminino ☐☐
- 3- Estado Civil: a) Casado(a) ☐☐ b) União de Facto ☐☐ c) Divorciado(a) ☐☐
d) Separado(a) ☐☐ e) Solteiro(a) ☐☐ f) Viúvo(a) ☐☐
- 4- Composição do agregado familiar:
a) vive sozinho(a) ☐☐
b) vive apenas com o cônjuge/companheiro(a) ☐☐
c) vive com o cônjuge e outros familiares ☐☐
d) vive com outro(s) familiares ☐☐
e) vive com outras pessoas ☐☐
f) Vive em lar/instituição ☐☐
- 5- Tempo de tratamento em hemodiálise (meses de tratamento): _____
- 6- Tipo de Tratamento: a) Hemodiálise ☐☐ b) Hemodiafiltração ☐☐
- 7- Quem confeciona/prepara as refeições:
a) O próprio ☐☐ b) O cônjuge/companheiro(a) ☐☐ c) Outra pessoa ☐☐
- 8- É fumador(a)? Sim ☐☐ Não ☐☐

Parte 2 - Dados obtidos do processo clínico

- 1- Tem Diabetes Mellitus: Sim; Não;
- 2- Toma medicação anti-hipertensiva: Sim; Não;
- 3- Peso Seco no último mês antes de aplicar o questionário (kg): _____
- 4- Média do Ganho de Peso Interdialítico de todas as sessões no último mês em percentagem do peso seco (%): _____
- 5- Média do Potássio sérico pré-diálise nos últimos 3 meses (mEq/L): _____
- 6- Média do Sódio sérico pré-diálise nos últimos 3 meses (mEq/L): _____
- 7- Média do Fósforo sérico pré-diálise nos últimos 3 meses (mg/dl): _____
- 8- Média de Kt/V no último mês antes de aplicar o questionário: (mEq/L): _____

Parte 3 – 1. Questionário sobre Comportamentos de Adesão Renal (RABQ)

A lista abaixo contém afirmações sobre como cumpre a sua dieta alimentar e restrição de líquidos. Há cinco respostas que vão entre “Nunca” e “Sempre”. Tente responder da forma mais sincera possível, indicando o que realmente são os seus hábitos, mesmo que não esteja de acordo com o que é recomendado. Demorará aproximadamente 20 minutos a preencher. Por favor, leia cada alínea de forma atenta e assinale, com um X, o quadrado da resposta que mais se adequa a si. Por favor, tente responder a cada afirmação.					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Eu ouço os conselhos da minha nutricionista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu tenho dificuldades em controlar a ingestão/consumo de bebidas alcoólicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Há momentos que não consigo resistir a comidas não recomendadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu discuto alterações na minha dieta alimentar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Desviar-me da minha dieta não faz diferença na minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu não me preocupo com o que como quando estou chateado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Atualmente bebo a mesma quantidade de líquidos como sempre fiz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A minha família ajuda-me a cumprir a minha dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Não cumpro a minha dieta quando faço a refeição fora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu ingiro maior quantidade de líquidos do que o recomendado quando estou chateado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Eu evito comer alimentos com muito sal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tenho cuidado em manter a quantidade de líquidos recomendada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu bebo pelo menos 5-6 copos de líquidos por dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Às vezes preocupo-me com alimentos que é suposto eu não comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu cumprio a minha medicação conforme prescrita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tenho o cuidado de verificar cuidadosamente a quantidade de alimentos antes de ingeri-los.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. É difícil para mim controlar os líquidos durante o verão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu peso-me regularmente (no último mês).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu consigo beber mais do que a quantidade recomendada de líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu escolho os alimentos que ingiro, mesmo que não seja o recomendado pelo nutricionista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu uso sal às refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Geralmente, nos últimos 3 meses tenho o cuidado de restringir a minha ingestão de alimentos com potássio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Geralmente, eu controlo o consumo de sal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Geralmente, eu cumprio a minha medicação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Geralmente, eu sigo as recomendações sobre os líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Questionário sobre Atitudes de Adesão Renal (RAAQ)

<p>A lista abaixo contém afirmações sobre como se sente em relação à sua atual dieta alimentar e restrição da ingestão de líquidos. Ao lado cada afirmação, estão várias respostas que vão desde “Concordo totalmente” até “Não concordo nada”. Demorará aproximadamente 20 minutos a preencher. Por favor, assinale em cada alínea, com um X o quadrado que corresponda à resposta que mais se adeque a si. É importante que indique como realmente se sente, mesmo que isto não seja o que faz.</p>					
	Concordo Totalmente	Concordo muito	É indiferente	Concordo pouco	Não concordo nada
1. A minha dieta adequa-se facilmente ao meu estilo de vida atual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As pessoas em diálise poderiam decidir por si mesmas o que comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. É essencial para o meu bem-estar físico controlar a minha ingestão de líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter de cumprir a uma dieta rígida impede-me de participar de festas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu sinto que a nutricionista dá demasiada importância ao controle dos líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu sinto os benefícios de controlar o que como.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Atualmente eu posso beber a mesma quantidade de líquidos como antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu preocupo-me muito quando ganho demasiado peso entre as diálises.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu sinto que a nutricionista dá muita importância no controle de certos alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Com o passar do tempo eu acho mais fácil cumprir a minha dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Geralmente eu não sinto benefícios em manter uma dieta tão controlada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não me preocupo com o ganho de peso entre as sessões de diálise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sinto os benefícios do controlo do sal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sinto-me melhor quando cumpro a dieta recomendada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ter de controlar a ingestão de líquidos impede que eu me divirta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Muitas vezes, dá muito trabalho comer alimentos diferentes do resto da minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. A minha dieta atrapalha (complica) demasiado a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. É caro manter a minha dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu não permito que as limitações alimentares me impeçam de participar em festas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A minha família e amigos são importantes a ajudar-me a cumprir a dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Não cumprir a minha dieta não tem consequência alguma na minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu sinto que não sou capaz de aceitar as limitações que a diálise causa na minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Com o passar do tempo acho mais difícil cumprir a minha dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sinto-me culpado(a) quando não cumpro a minha dieta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Acho que a minha dieta se ajusta facilmente à minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Fico frustrado em tentar cumprir uma dieta tão restrita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE 6
Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo. (a) Senhor(a):

No âmbito do Mestrado e Pós-especialização em enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Nefrológica, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um estudo de investigação sobre a Adesão ao Tratamento da pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) em programa de hemodiálise. Pretendo conhecer a adesão ao tratamento da pessoa com DRC em programa de hemodiálise, pelos comportamentos e atitudes, os fatores condicionantes da mesma, e poder relacionar a perceção da adesão ao tratamento da pessoa com DRC com Indicadores Adesão ao Tratamento. Os resultados poderão levar a uma melhoria na prática de cuidados de enfermagem.

Porque a sua apreciação é essencial para entender este problema, venho pedir a sua colaboração voluntária que consta na colheita de dados do seu processo clínico (diabetes, medicação, peso, análises ao sangue, como potássio, sódio, fósforo e albumina) e na resposta a um questionário sobre atitudes e comportamentos, com duração de aproximadamente 20 minutos. As suas respostas e a clínica não serão identificadas no estudo, pelo que se garante a confidencialidade dos dados. Estou disponível para esclarecer todas as suas dúvidas. Este estudo realiza-se com autorização da e os resultados serão comunicados à unidade. A participação neste questionário é gratuita. Não irá interferir com o seu tratamento e não irá produzir nenhum tipo de desconforto para si. Sendo assim, a qualquer momento pode deixar de colaborar no estudo, informando apenas a clínica dessa mesma decisão ou contactar-me para o email @campus.esel.pt", para que os seus dados sejam eliminados. É um direito seu e que a qualquer altura pode reclama-lo.

Declaro ter recebido e compreendido os esclarecimentos precisos para poder colaborar voluntariamente neste estudo através de um formulário e permitir o acesso ao meu processo clínico.

(pessoa que concede o consentimento)

(Responsável pelo estudo: Enf^a Joana Santos Afonso)

_____, _____ de _____ de 201____